سلسلة التوحد

المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين
وطرق علاجها

الدكتور
صابر مصطفى إبراهيم محمد
الدكتور
إبراهيم جابر السيد أحمد

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دار الجديد للنشر والتوزيع

٦١٦.٨٥٨٨٣

أ. إ أحمد ، إبراهيم جابر السيد .

المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين وطرق علاجها/ إبراهيم جابر السيد أحمد ، صابر مصطفى إبراهيم محمد.- ط١.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع ، دار الجديد للنشر والتوزيع.

١٩٢ ص ؛ ١٧.٥ × ٢٤.٥سم . (سلسلة التوحد)

تدمك : ٩ - ٥٩١ - ٣٠٨ - ٩٧٧ - ٩٧٨

١. محمد ، صابر مصطفى إبراهيم (مؤلف مشارك) .

أ - العنوان .

رقم الإيداع : ١١٣٣٠ .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز
هاتف- فاكس : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ محمول : ٠٠٢٠١٢٧٧٥٥٤٧٢٥-٠٠٢٠١٢٨٥٩٣٢٥٥٣
E-mail: elelm_aleman٢٠١٦@hotmail.com & elelm_aleman@yahoo.com

الناشـــر : دار الجـــديد للنشـــر والتـــوزيع
تجزءة عزوز عبد الله رقم ٧١ زرالدة الجزائر
هاتف : ٢٤٣٠٨٢٧٨ (٠) ٠٠٢٠١٣
محمول ٦٦١٦٢٣٧٩٧ (٠) ٠٠٢٠١٣ & ٧٧٢١٣٦٣٧٧ (٠) ٠٠٢٠١٣
E-mail: dar_eldjadid@hotmail.com

حقوق الطبع والتوزيع محفوظة

تحـذيـر:

يحظر النشر أو النسخ أو التصوير أو الاقتباس بأي شكل من الأشكال إلا بإذن وموافقة خطية من الناشر
٢٠١٩

محتوى الفـــهرس

محتوى الفـــهرس ٣

الفصل الأول تقييم وتشخيص التوحد ٥

الفصل الثاني اضطرابات التواصل...٢٧

الفصل الثالث تأثير ممارسة النشاط الرياضي في تخفيف السلوك العدواني الصفي للأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد متوسط الشدة ٣٨

الفصل الرابع اضطراب التوحد و أشهر البرامج التربوية العامية لأطفال التوحد ٦١

الفصل الخامس تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد ،في ضوء معايير الجودة ٨٨

الفصل السادس فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد. ١٠٥

المراجع ١٣٢

المراجع باللغة العربية ١٣٢

المراجع باللغة الانجليزية..١٣٣

المقدمة

التوحد إعاقة نمائية تنتج عن اضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ . وتظهر هذه الإعاقة عادة في السنوات الثلاث الأولى من الحياة ، وترتبط بمظاهر عجز شديد في الأداء العقلي ، والاجتماعي ، والتواصلي .

وينطوي تدريب الأطفال التوحديين وتعليمهم على تحديات كبيرة . وتنجم هذه التحديات جزئياً عن طبيعة التوحد ، حيث انه يأخذ أشكالا متعددة جداً . فليس هناك استجابات مشتركة يظهرها جميع الأطفال التوحديين ولكن لكل طفل شخصيته الفريدة وأنماطه السلوكية الخاصة .

وقد بقيت آراء الاختصاصيين تعكس تشاؤماً شديداً إزاء أمكانية إحداث تغيير ذي معنى في نمو الأطفال التوحديين وسلوكهم إلى نهاية عقد السبعينات من القرن العشرين. ألا أن التفاؤل أصبح يحدو الباحثين والممارسين بعد أن بينت الدراسات العلمية نجاح أساليب تعديل السلوك في تدعيم السلوكيات التكيفية للأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم غير التكيفية .

والأكثر من ذلك أن الدراسات في عقد الثمانينات وأضحت إن هذه الأساليب أصبحت تحقق تحسناً ملحوظاً في سلوك الأطفال التوحديين بفعل التعديل والتطوير الذي خضعت له هذه الأساليب مؤخراً على ضوء نتائج البحوث العلمية المكثفة ذات العلاقة.وهكذا ، فعلى الرغم من التباين بل والارتباك الذي اتسمت به الأدبيات العلاجية والبحثية فيما يتعلق بتشخيص التوحد ، وبأسبابه ، الا أنها أصبحت واضحة نسبياً على صعيد الأساليب والبرامج التدريبية والعلاجية الأكثر فاعلية من غيرها .

وتلك الأساليب والبرامج هي التي تستند إلى مبادئ تحليل السلوك التطبيقي بما تقوم عليه من قياس متكرر ومباشر للاستجابات القابلة للملاحظة، والتحليل التجريبي للعلاقات الوظيفية بين تلك الاستجابات والمتغيرات البيئية القبلية ذات العلاقة بها.

الفصل الأول
تقييم وتشخيص التوحد

يعد "التوحد" Autism من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه، ولوالديه، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له، وبتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى ؛ فضلا عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين.

وتعود كلمة "التوحد" إلى أصل إغريقي هي كلمة " أوتوس" Autos وتعني الذات، وتعبر في مجملها عن حال من الاضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال. كما تم التعرف على هذا المفهوم قديما في مجتمعات مختلفة مثل روسيا و الهند، في أوقات مختلفة ولكن بداية تشخيصه الدقيق إن صح هذا التعبير لم تتم إلا على يد" ليو كانر" Leo Kanner, ١٩٤٣ حيث يعد أول من أشار إلى " التوحد" كاضطراب يحدث في الطفولة وأطلق عليه لفظ Autism وقصد به التقوقع على الذات.

ومما يجدر ذكره أن هناك تعريفات للتوحد يصعب على المرء حصرها، ويتبين لمن يستعرض هذه التعريفات أن تعريف المفهوم من الصعوبة بمكان ، وأن صعوبة تحديده تلقي بظلالها الكثيفة على تشخيصه و تقويمه.

وبوجه عام، يمكن لمن يمعن النظر في هذه التعريفات أن يخرج بنتيجة مفادها أنه يجب ألا يطلق على الأطفال الذين يتجنبون التواصل مع الآخرين فقط نتيجة خوفهم منهم، لكنه يمكن أن يصيب الطفل العادي من أي مستوى من مستويات الذكاء، سواء من أصحاب الذكاء المرتفع، أم كان متخلفا عقليا أم كان من متوسطي الذكاء.

وأيضا يمكن من خلال التعريفات السابقة، وإضافة إلى التطورات التي طرأت على هذا المفهوم، النظر إليه على أنه من الاضطرابات التي تلحق بعملية النمو، سواء في سرعتها خلال سنوات النمو ، لاسيما في الطفولة المبكرة، وعليه يمكن تعريف الطفل التوحدي بأنه "ذلك الطفل الذي يعاني من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله، واستغراق في التفكير ، مع ضعف في الانتباه، وضعف في التواصل ، كما

يتميز بنشاط حركي زائد، ونمو لغوي بطيء ، وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية، ويقاوم التغيير في بيئته، مما يجعله أكثر حاجة للاعتماد على غيره ، والتعلق بهم".

وختاماً، يمكن من خلال هذا التعريف، وعلاوة على التعريفات السابقة القول بأنها تركز على العديد من المظاهر السلوكية التي ينفرد بها الأطفال التوحديين، وتتوافر في كافة الكتابات التي تناولت تعريفهم وتشخيصهم وهذه المظاهر السلوكية هي:

أنه اضطراب يظهر في سن الثالثة من عمر الطفل.

أنه اضطراب يتميز بمظاهر نمائية تميزه عن غيره من قبيل: الانشغال الزائد بالذات، وقلة الاهتمام بالآخرين، وضعف الاستجابة للمثيرات الحسية من حوله، وأنه روتيني في أدائه للأعمال و يقاوم التغيير بشدة، ويؤثر العزلة، وأنشطته محدودة جداً، وأنه في احتياج إلى الاعتماد على الآخرين و التعلق بهم، وأن نشاطه الحركي قد يكون زائدا عن المعتاد و يتميز بأنه نشاط غير هادف.

أنه اضطراب ينظر إليه في الوقت الحاضر على أنه ينقسم إلى خمسة أنواع فرعية هي ما يسميه بعض الباحثين طيف التوحد:

الاضطراب التوحدي التقليدي (أي كما أشار إليه ليوكانر"Classic Autistic Disorder

اضطراب ريت Rhett's Disorder

اضطراب اسبيرجر Asperser's Disorder

اضطراب التحطم الطفولى (أو تفكك الشخصية وعدم تكاملها في مرحلة الطفولة). Childhood Disintegrative Disorder

اضطراب نمائي عام غير محدد Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS)

ويهمنا الآن الحديث عن تشخيص التوحد أولاً بشكل يغلب عليه العمومية، ثم الحديث عنه بشيء يغلب عليه التفصيل – بوجه خاص- في طيفه الذي يشتمل على الأنواع الفرعية الخمسة آنفة الذكر.

أولا: قياس وتشخيص الأطفال التوحديين (المعايير والمؤشرات) :

بادئ ذي بدء يتعين القول أن تشخيص التوحد يعد من المشكلات الصعبة التي تواجه الباحثين و المهتمين به في ميدان التربية الخاصة وقد يعود ذلك إلى أمرين:

أولهما: أن التوحد ليس اضطرابا واحدا وإنما يبدو في عدة أشكال ، مما حدا بالبعض إلى تسميته طيف التوحد كما سبقت الإشارة عند تعريف "التوحد"

ثانيهما: أن مفهوم " التوحد" قد يتداخل مع مفاهيم أخرى ؛ كفصام الطفولة، والتخلف العقلي، واضطرابات التواصل ، وتمركز الطفل حول ذاته، واضطرابات الحواس وغير ذلك من مفاهيم.

ومن هنا يمكن القول أن التشخيص الصحيح للتوحد أمر على قدر كبير من الخطورة و الأهمية لأنه يساعد على الاهتمام بقدرات كل طفل وتطوير بيئة مناسبة له، مع وضع برنامج تعليمي فردي له ضمن الإطار العام للمنهج التربوي السائد في المجتمع(سميرة السعد، ١٩٩٧: ٣٨).

وقد ذكر " ريتفو وفريمان" (Ritvo& Freeman, ١٩٨٧) أن حوالي ٦٠% من الأطفال التوحديين يكون أداؤهم أقل من ٥٠% على اختبارات الذكاء. أما " رمضان القذافي" (١٩٩٤: ١٦٠) فقد ذكر أن تشخيص " التوحد" كاضطراب نمائي ، يبدأ بالتعرف على أعراض الاضطراب حسب كل حالة على انفراد . وأن هذه الأعراض هي:

اضطراب عملية الكلام، أو عدم الكلام مطلقا: فالطفل الذي يعاني من التوحد قد لا يتكلم، وإذا تكلم فإن كلامه يكون غريبا وغير مفهوم أحيانا، ولا يقلد الآخرين في كلامه كما يفعل الأطفال الأسوياء.

الابتعاد عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، وعدم الرغبة في مصاحبتهم، أو تلقي الحب و العطف منهم حتى لو كان هذا الحب وذلك العطف من الوالدين، وخاصة الأم، كما يظل الطفل التوحدي ساكنا لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ابتسم فإنه يبتسم للأشياء دون الناس، ويرفض الملاطفة والمداعبة ، ويعمل على تجنبهما.

ظهور الطفل التوحدي بمظهر الحزين، دون أن يعي ذلك.

إظهار الطفل التوحدي للسلوك النمطي الذي يتصف بالتكرار، وخاصة في اللعب ببعض الأدوات ، أو تحريك الجسم بشكل معين، وبدون توقف، وبدون الشعور بالملل أو الإعياء.

اضطراب النمو العقلي للطفل التوحدي في بعض المجالات ، وظهور تفوق ملحوظ لديه أحيانا في مجالات أخرى. كما يبدو لدى بعض الأطفال التوحديين في بعض الأحيان أنهم يملكون مهارات ميكانيكية عالية، مثل معرفة طرق الإنارة، وتشغيل الأقفال، وإجادة عمليات فك الأجهزة و تركيبها بسرعة و مهارة.

كثرة الحركة، أو الميل للجمود، وعدم الحركة، و العزلة عمن حوله حسيا وحركيا.

عدم الإحساس الظاهر بالألم، وعدم تقدير الطفل التوحدي للمخاطر التي قد يتعرض لها، بالرغم مما قد يلحق به من أذى.

ظهور الطفل التوحدي بمظهر يختلف عن الأطفال الآخرين ، مع سرعة الانفعال عندما يتدخل شخص ما في شؤونه،ويثور فجأة، خاصة عند الأطفال التوحديين الذين لا تتجاوز أعمارهم الخمس سنوات.

الاستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات من قبل الطفل التوحدي، وكأنه مصاب بالصمم، في حين قد يستجيب لبعض الأصوات بشكل مبالغ فيه.

أما " جوزيف ريزو" و" روبرت زابل" (١٩٩٩: ٣٨٩- ٣٩٣) فيذكران عددا من المؤشرات ، و الأعراض التي تدل على أن الطفل توحديا. ومن هذه المؤشرات ما يلي:

أن الأطفال التوحديين لا يظهرون استعدادا للاستجابة للمسئولين عن رعايتهم؛ فهم لا يميلون إلى معانقة الأم، أو الابتسام استجابة لحضورها، ولا يرغبون في أن يمسكهم أحد.

أن الأطفال التوحديين لديهم قدرة على ممارسة الكلام، أو قد لا توجد لديهم هذه القدرة، وفي حالة الأطفال الذين يستخدمون الكلام، فإنهم يستخدمونه بطريقة غير مألوفة؛حيث نجدهم يعانون من اضطرابات عند ممارسة المحادثة، واستخدام اللغة بصورة نمطية و تكرارية، كما يبدو أن خمسين بالمائة من الأطفال التوحديين تقريبا لم تنم عندهم القدرة على ممارسة الكلام بصورة مفيدة.

أن الأطفال التوحديين يرغبون في الحفاظ على ثبات البيئة، وعدم إجراء أي تغييرات لأوضاع الأشياء من حولهم.

أن بعض الأطفال التوحديين يبدي رغبة قوية في الالتصاق ببعض الأشياء التافهة غير ذات القيمة؛ مثل إطار سيارة ، لعبة مكسورة،أو بطارية قديمة، أو قطعة قماش؛ وذلك بطريقة سلبية قليلة الفائدة.

أن معظم الأطفال التوحديين يعانون من تدن في مستوى الأداء العقلي بوجه عام ، أو تدن شديد؛ وذلك استنادا إلى اختبارات الذكاء المقننة التي طبقت عليهم.

في حين أن "رويرز" (Roeyers, ١٩٩٥, ١٦١-١٦٢) يذكر أن التشخيص يكون ممكنا من خلال التعرف على زملة الأعراض التالية، بعضها أو جميعها ، وهذه الأعراض هي:

مقاومة التغيير.
الهلوسة أثناء النوم.
الإصرار على الروتين.
الصعوبة في فهم الانفعالات.
فقدان الاستجابة للآخرين.
ضعف القدرة العقلية العامة.
ترديد الكلمات دون فهم لمعناها.
قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
معاناة الطفل التوحدي من صعوبات في النمو اللغوي.

والخلاصة أن استعراض أعراض اضطراب التوحد وأبرز المؤشرات غير المطمئنة التي تبدو على الطفل التوحدي قبل إتمامه الثلاثين شهرا من عمره، تدفع إلى التوصل إلى عدد من المؤشرات التي ينفرد بها الأطفال التوحديين وهذه المؤشرات هي:

أن الأطفال التوحديين لا يحبون أن يحتضنهم أحداً.
أنهم في بعض الأحيان يبدون كأنهم لا يسمعون.
أن الأطفال التوحديين لا يهتمون غالبا بمن حولهم.
أنهم قد لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا.
أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطا غير طبيعي.
أن الأطفال التوحديين لا يحبون اللعب بالكرة؛ في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.
أن الأطفال التوحديين يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم.
أنهم يحبون العزلة عن الغرباء و المعارف.
أنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط.
أن بعض الأطفال التوحديين قد يملكون قدرات معينة مكن قبيل الرسم، والسباحة والعزف على الآلات الموسيقية.
أن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات بيد أنهم سرعان ما ينسوها.

أنهم لا يحبون التجديد، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها.
أنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم.
أن الأطفال التوحديين يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها.
أنهم يفكرون و يتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.
أن الأطفال التوحديين قد يضحكون أو يقهقهون دونما سبب.
أنهم يظهرون تفاعلا من جانب واحد.
أنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام.
أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصاداه.

ويجدر بنا في ختام تناولنا للمعايير و المؤشرات الدالة على اضطراب التوحد لدى الأطفال أن نشير إلى بعض الملاحظات التي أوردها "ماجد عمارة" (٢٠٠٥: ٥٦) فيما يتعلق بتشخيص هذا النوع من الاضطراب :

أن معظم معاملات الذكاء لدى الأطفال التوحديين تقع في نطاق درجات التخلف العقلي.
أن مستويات الإدراك لدى الأطفال التوحديين تتسم بالانخفاض على بعض الاختبارات والمقاييس وتصل إلى المستوى العادي بل وتفوق المستوى العادي في بعض الاختبارات والمقاييس الأخرى وذلك إذا تلقى الأطفال تدريباً مسبقاً على محتوى تلك الاختبارات.
أن هناك اضطراباً في القدرة على الانتباه لدى معظم الأطفال التوحديين.
شدة الاضطراب اللغوي ؛ حيث تتميز اللغة لدى الأطفال التوحديين بالمصاداة أي التكرار الفوري لما يقوله الآخرون.
أن هناك قصوراً واضحاً في النضج الاجتماعي.
الانسحابية الشديدة ؛ حيث يتميز سلوك الطفل التوحدي بالانعزالية الشديدة والانسحاب من المجتمع.
السلوك النمطي و التصرفات الشاذة ؛ حيث يتضح في سلوك الطفل التوحدي النمطية والروتينية وعدم الرغبة في التغيير.
ظهور العادات الغريبة وغير المقبولة.
إيذاء الذات ؛ حيث يقوم الطفل التوحدي بسلوكيات مختلفة من إيذاء نفسه مثل عض رسغ اليد، شد الشعر، القرص، ضرب الرأس في الحائط.
أن بعض الأطفال التوحديين يتسمون بالنشاط العادي ، والبعض الآخر يتسم بفرط النشاط.

التشخيص السلوكي للتوحديين :

قبل البدء في الحديث عن التشخيص السلوكي للتوحد يتعين تقرير أن هذا الاضطراب لا يتم تعريفه أو تحديد معالمه إلا سلوكيا. وكما اتضح لنا في عرض مؤشراته وعلاماته وأعراضه أنها من الكثرة بحيث اضطر الباحثون و المهتمون إلى تقسيمه إلى عدة أشكال كما سبق أن ذكرنا، وأنه يتداخل–من حيث كونه اضطرابا–مع اضطرابات أخرى أشرنا إليها آنفا.

وحين نقول أن التوحد يعرف ويحدد سلوكيا، فإن هذا يعني – من بين ما يعنيه– أنه ليست هناك اختبارات طبية يمكن تطبيقها لتشخيصه، مع أن الاختبارات يمكن لها أن تؤكد أو تنفي وجود مشكلات أخرى؛ولذلك فإن الأخصائيين يعتمدون–في تشخيص التوحد–على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل. وعلى أية حال ، يمكن القول أنه كلما زادت المؤشرات والأعراض التي يبديها الطفل، زادت احتمالات تشخيص حالته كطفل توحدي.

ويؤكد" جمال الخطيب ومنى الحديدي" (١٩٩٧: ٢٨٦) ما سبق أن أكده باحثون عديدون من أن التشخيص الصحيح لاضطراب التوحد ليس أمرا سهلا، وأن معظم الخبراء يجمعون على أن تشخيص التوحد يتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات؛ على أن يشمل الفريق المتعدد التخصصات أخصائيين مختلفين يعملون معا لتشخيص الحالة. وغالبا ما يشمل الفريق: الأخصائي النفسي، طبيب أطفال يعرف التوحد، أخصائي قياس تربوي، أخصائي علاج نطق، أخصائي قياس سمع، وربما أخصائي اجتماعي.

ويلعب الوالدان دوراً حيوياً في عملية التشخيص ،وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري النمائي للطفل وأنماطه السلوكية. ولأن اضطراب التوحد يتم تعريفه سلوكيا ، فإن من الصحيح القول بأنه كلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة ومواقف متنوعة، زادت احتمالات تشخيص التوحد بشكل صحيح. ويصبح من المؤكد– أو في حكم المؤكد أن ذلك أفضل من قيام أخصائي واحد بعملية التشخيص.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه لكي نحدد طبيعة اضطراب التوحد، يجب على الأخصائيين أن يحددوا أيضا الاضطرابات التي لا يعاني منها الطفل. ومعروف في أدبيات التربية الخاصة أن عملية المقارنة بين الأنماط السلوكية للطفل الذي يراد تشخيص حالته بالأنماط السلوكية التى تلاحظ عادة في الاضطرابات الأخرى بالتشخيص الفارق. و التخلف العقلي واضطرابات اللغة ،حالتان يجب التأكد من عدم وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على أنه توحد. كذلك يرى بعض

الباحثين أنه يجب فحص الطفل طبيا للتأكد من عدم وجود مشكلات جينية أو طبية مثل الفينيل كيتون يوريا Phenylketoneuria (PKU) ومتلازمة كروموسوم X الهش Fragile X-Chromosome حيث يصاحب هذان الاضطرابان أو هاتان المشكلتان الطبيتان التوحد في بعض الحالات.

ولا يستطيع من يعرض للأساليب التشخيصية في مجال التوحد أن يغض الطرف عما ورد في دليل الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA عن تشخيص التوحد. وفي ضوء هذا الدليل التصنيفي يمكن القول أنه ينظر إلى التوحد على أنه " أحد أشكال الاضطرابات النمائية العامة" .

ويقدم الدليل ستة عشر معيارا لتشخيص التوحد، وهذه المعايير تقع ضمن ثلاث فئات:

الفئة الأولى(أ) : قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي و النشاط التخيلي.

الفئة الثانية (ب) : قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

الفئة الثالثة(جـ) : إظهار مدى محدود جدا من الأنشطة أو الاهتمامات.

على أنه يجب أن تظهر هذه الأعراض منذ مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة، ويتم توظيف المعايير الستة عشر على النحو التالي:

يجب توفر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر الواردة في نص الدليل و التي سنعرضها بعد قليل.

هذه المعايير يجب أن تشمل فقرتين على الأقل من الفئة (أ) ، وفقرة من الفئة(ب) وفقرة من الفئة(جــ).

لا يعتبر المعيار متحققا إلا إذا كان السلوك شاذا بالنسبة للمستوى النمائي للطفل وفيما يلي عرض لبنود الفئات الثلاث:

الفئة الأولى(أ) : قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي على النحو التالي :

الطفل لا يتواصل مع الآخرين، وإنما يصدر أصواتا غير مفهومة، ولا يظهر تعبيرات وجهيه أو إيمائية مقبولة.

الطفل يتواصل بطرق غير لفظية شاذة (لا يتوقع من الآخرين أن يقتربوا منه، أو يتشنج عندما يقترب منه الآخرون،لا ينظر إلى الشخص الذي يتفاعل معه، ولا يبتسم له، ولا يرحب بالوالدين أو بالزوار، يحملق بطريقة ثابتة في المواقف الاجتماعية).

الطفل لا يمارس أية أنشطة تخيلية؛ كلعب أدوار الراشدين مثلا، أو تقليد حركات أو أصوات الحيوانات، ولا يهتم بالقصص التي تدور حول أحداث متخيلة.

الطفل يتكلم بطرق شاذة تبدو في أسلوب إخراجه للكلمات سواء من حيث حدة الصوت، أو ارتفاعه، أو معدلاته.

الطفل يعاني من اضطرابات ملحوظة في محتوى الكلام أو شكله بما في ذلك الكلام النمطي من قبيل التكرار الآلي لإعلانات التلفاز،أو استخدام ضمير المخاطب" أنت" بدلا من ضمير المتكلم " أنا" .أو الكلام عن أشياء ليست ذات علاقة بموضوع الحوار أو الكلام.

الطفل يعاني من قصور واضح في القدرة على تقليد ومحاكاة الآخرين أو التحدث معهم، وذلك رغم امتلاكه القدرة على الكلام ؛من قبيل الاستمرار في نفس الموضوع على الرغم من عدم استجابة الآخرين.

الفئة الثانية (ب) : قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة (العلاقات البينية الشخصية) ويتضح هذا القصور في السلوكيات التالية :

الطفل لا يأبه بوجود الآخرين ولا يبالي بمشاعرهم (يعامل الأشخاص كأنهم قطع أثاث، ولا يشعر أن الشخص الذي يحادثه يبدو عليه الضيق، ولا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية).

الطفل لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في المواقف و الظروف الصعبة، أو أنه حين يعبر عن حاجته لمعاونة الآخرين له، يعبر بأساليب ووسائل غير سوية. فهو لا يبحث عن الراحة حتى عندما يكون مريضا، أو عندما يتعرض للأذى أو التعب، أو أنه يطلب العون بطريقة نمطية شاذة كأن يردد كلمة ما –بشكل متكرر–عندما يصيبه أي أذى.

الطفل لا يقلد أو يحاكي الآخرين، أو أن لديه قصورا واضحا في عملية التقليد و المحاكاة، ذلك أنه لا يلوح بيده مودعا،ولا يقلد أنشطة الأم في داخل البيت، وحين يقلد الآخرين يكون تقليده آليا.

الطفل لا يلعب لعبا اجتماعيا، وحين يلعب يكون لعبه شاذا؛ فهو لا يشارك بنشاط في الألعاب الجماعية، ويفضل أن يلعب منفردا، ويستخدم الأطفال الآخرين في اللعب وكأنهم أدوات.

الطفل يعاني قصورا واضحا في القدرة على بناء علاقات صداقة ،ولا يبدي أي اهتمام بالصداقة، ويبدى ويظهر عجزا في فهم أصول التفاعل الاجتماعي.

الفئة الثالثة (جـ) : إظهار مدى محدود جدا من الأنشطة والاهتمامات ؛يبدو ذلك واضحا في أن :

حركات الطفل الجسمية تتضح فيها النمطية مثل تنى اليدين، أو هز الرأس، وما إلى ذلك من حركات.

الطفل ينشغل بشكل متواصل بأجزاء الأشياء ؛ مثل شم الأشياء،أو تحسس ملمس الأشياء بشكل متكرر، أو ينشغل بالتعلق بأشياء غير اعتيادية، مثل الإصرار على حمل قطعة قماش أو خيط .. الخ.

الطفل يصر بطريقة غير معقولة على إتباع نفس النمط في الأنشطة مثل إصراره على أن يسير في نفس الطريق دائما عند التسوق.

الطفل ينفعل بشدة عند حدوث تغييرات بسيطة في بيئته المنزلية؛ مثل تغيير مكان أحد الكراسي في إحدى الغرف.

الطفل لديه مدى محدود جدا من الاهتمامات ، أو أنه ينشغل بشيء معين على الدوام؛مثل الاهتمام فقط بوضع الأشياء بعضها فوق بعض.

وفي ضوء كل ما سبق، يمكن القول أن المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين الذين ينظر إليهم على أنهم توحديون ، تتباين تباينا كبيرا، ومن هنا، فإنه من الضروري وجود تقييم مستمر يتصف بالقوة و الثبات فيما يتصل بالنمط السلوكي ومقداره ، وبيئته، وكذلك الوظيفة أو الدور الذي يلعبه السلوك، وذلك من أجل تطوير خطط علاجية فعالة.

وفي سبيل الوصول إلى تشخيص سلوكي دقيق للسلوكيات التوحدية يحدد كل من " روبرت كوجل ولن كوجل" (٢٠٠٣: ٢٩-٣١) خمسة محاور يتعين أن يشملها هذا التشخيص. وهذه المحاور الخمسة يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

الأول: وصف السلوكيات التوحدية:

لقد ناقش الباحثون و الممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتصف بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدى إلى فهمها من قبل الآخرين. وعلى سبيل المثال،فإن وصف الطفل على أنه عدواني، يقدم قليلا من الفائدة؛ وفي المقابل، فإن وصفا مثل " إن الطفل يقرص الكبار في باطن سواعدهم بين الرسغ والكوع، يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل.

الثاني: درجة كل سلوك ومقداره:

ذلك أن القوة أو الدرجة التي يظهر فيها السلوك، من الممكن أن توصف بذكر المقدار . ويتم ذلك بتحديد تكرار السلوك أو مقداره. وعلى سبيل المثال، هل يظهر سلوك لسع الأطفال الآخرين

وقرصهم بمعدل عشر مرات في اليوم، أم مرة واحدة كل أسبوع؟ أما بالنسبة لسلوكيات أخرى مثل استثارة الذات أو نوبات الغضب ، فقد يتم قياسها بتحديد المدة، كأن نحدد فترة نوبة الغضب و/ أو عدم ظهورها . وذلك بأن نذكر عدد الثواني التي انقضت بين ظهور السلوك من جانب الطفل أو تركه لهذا السلوك.

الثالث: البيئات التي يظهر فيها السلوك المستهدف:

من غير المنطقي النظر إلى السلوكيات بشكل منفصل، بل يجب النظر إليها على أنها جزء من البيئة التي تظهر فيها. وللنظر إلى السلوك ، وللمساعدة في فهمه و توقعه ، فلابد من تحليل البيئة التي يظهر فيها. من هنا يتحتم تقييم البيئة التي يظهر فيها السلوك وهو ما يطلق عليه سوابق السلوك Antecedents، وكذلك الفعل الذي عادة ما يلي السلوك في البيئة، وهو ما يطلق عليه توابع السلوك Consequences. وهذا التحليل يعود إلى النموذج المعرفي A.B.C وهذه الحروف ما هي إلا اختصارات للكلمات الانجليزية Antecedents- Behavior- Consequences

ومما يجدر ذكره ، أن كل التشخيصات السلوكية الشاملة، يجب أن تحتوى على مكونات تركز على نماذج معقدة من السلوك، مما يؤدى إلى الوصول إلى اتجاه فعال في التدخل العلاجي.

فعلى سبيل المثال: لنأخذ مثلا الطفل الذي يلجأ إلى سلوك اللسع أو القرص ، حيث يسبق السلوك الوصف التالي " يظهر السلوك عادة خلال ثلاث ثوان، ويتبعه عادة مهمة تعليمية" أما النتائج فقد وصفت كالتالي " يؤخذ الطفل إلى مكتب المسئول، ويتم استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى البيت" . من هنا، فإننا سوف نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بالسلوك غير المقبول أو العدواني أو الفوضوي.

الرابع: الوظيفة المقصودة:

إن كثيرا من السلوكيات التي يمارسها الطفل إنما تستخدم كشكل من أشكال التواصل. ومن هنا فإن السلوك الفوضوي من الممكن أن يكون وسيلة فعالة للتواصل . أن إتباع تقييم سوابق السلوك، و السلوك، وتوابعه A.B.C يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك، وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفيا.

ومن الممكن ملاحظة كثير من السلوكيات للمحافظة عليها في وظائف محددة، ولعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعا و المرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة إلى ما يلي:

الحصول على الانتباه أو على شيء مرغوب.

الهروب من متطلب محدد وتجنبه و الهروب من طلب أو نشاط أو من شخص.
تتجنب نشاط محدد مثل تجنب مهمة صعبة، أو الانتقال، أو الاعتراض على نشاط معين.

الخامس: الاستثارة الذاتية Self-Stimulation

إن سلوك الاستثارة الذاتية، أو ما يدعى السلوك النمطي، يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد، وتحريك الأشياء أمام العينين، وهزهزة الجسم، والتي قد تمتد لفترة طويلة من الوقت، كما يبدو أنها تزود الأطفال التوحديين بتغذية راجعة حسية حركية. ومن الممكن التعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة، فقد تكون هذه السلوكيات أحيانا دقيقة من قبيل حركات العينين عند تعرضهما للضوء، أو عند القيام بتعبيرات الوجه غير المناسبة أو عند الحزن. وتكون عند البعض الآخر أكثر وضوحا؛ مثل هزهزة الجسم، أو إخراج أصوات عالية متكررة. وكذلك فإن معظم سلوكيات الاستثارة الذاتية تظهر وكأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للآخرين، ومن الممكن ألا تمثل هذه المعاني أبدا . كما أنها قد تؤثر في العلاقات الاجتماعية وفي التعلم وفي النمو العصبي، مما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة . وعندما يتم كبح هذه السلوكيات؛ فإن ذلك يؤدى إلى زيادة تلقائية في الاستجابات الأكاديمية، ويكون اللعب واضحا وذلك في الوقت الذي تكون فيها أنماط من اللعب والتعلم قد ازدادت وتطورت.

كما ينبغي أن يوضع في الاعتبار نموذج A.B.C أعني سوابق السلوك – السلوك – توابع السلوك. فعندما تقدم للطفل مهمة أكاديمية، فإن الطفل يمارس عدوانيته، وكنتيجة لذلك فقد ينجح في إبعاد المهمة عن نفسه. ومن الممكن هنا افتراض أن الوظيفة من هذا السلوك تكمن في تجنب المهمة الأكاديمية؛ فالطفل يحاول تجنب هذه المهمة، مما يؤدي إلى ظهور السلوك الفوضوي. وعندما تتم مكافأة هذا السلوك فإنه تتم المحافظة عليه من خلال التوابع، ومن هنا، فإن فهم وظيفة سلوك محدد يساعد في تطوير سلوكيات تواصلية مناسبة تقابل الحاجة نفسها من السلوك الفوضوي.

أساليب تشخيصية أخرى للتوحد:

يذكر "عبد الله الصبي" (٢٠٠٣: ٧٠) أنه للوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة، فإن الطفل التوحدي يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوى الخبرة في هذا المجال

(طبيب أطفال ،أخصائي نفسي، طبيب أطفال تطوري، طبيب أطفال في مجال الأعصاب، محلل نفسي وغيرهم). كل في مجاله يقوم بتقييم الطفل من نواحي معينة، وبطرق منوعة، ومن ثم تتجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها، لتقرير وجود التوحد، ودرجته وأساليب علاجه.

ويرى أن تقييم حالة الطفل التوحدي عادة ما تشتمل على جهود ستة من المهتمين بحالة الطفل يمكن القول عنها أنها أساليب تشخيصه تشخيصاً أقرب للصحة. وهذه الأساليب الستة من التقييم يمكن إيجازها كالتالي:

الأول : التقييم الطبي :

بادئ ذي بدء يتعين القول أنه حتى الآن لا توجد تحاليل مخبريه أو أشعة يمكن أن تدلنا على الأسباب أو التشخيص لهذه الحالات فالتشخيص صعب للغاية؛ كمن يحاول فك رموز لعبة المتاهة، وهى لعبة بلا ألوان أو حدود ، ولذلك نستطيع القول أن تشخيص حالة التوحد يعكس احتمالات الطبيب المعالج.

والتقييم الطبي عادة ما يبدأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل والولادة، والنمو الجسمي و النمو الحركي للطفل؛حدوث أمراض سابقة ، السؤال عن الأسرة و الأمراض التي تشيع فيها ، ومن ثم القيام بالكشف السريري وخصوصا الجهاز العصبي، وإجراء بعض الفحوص التي يقررها الطبيب عند الاحتياج لها ومنها:

(أ) صورة صبغيات الخلية (أو التحليل الكروموسومي) Chromosomal analysis لاكتشاف الصبغي الذكري الهش Fragile –X syndrome

(ب) التخطيط الكهربائي للمخ EEG : يعتبر التخطيط الكهربائي للمخ Electro – Ensepho- Graph من أوائل الطرق المستخدمة في فحص المخ عند المصابين بالتوحد. وقد بينت البحوث والدراسات التي استخدمته أن هناك شذوذا وخللا في النشاط الكهربائي للمخ وكذلك نوبات مرضية Seizure لدى التوحديين، وكانت من الدلائل الواضحة التي تعزز الأساس البيولوجي لنشوء أعراض الاضطراب. وقد بينت إحدى الدراسات الباكرة عام ١٩٦٤ أن هناك شذوذا في النشاط الكهربائي للمخ عند ٥٨%، ونوبات صرع عند ١٩% من عينة الدراسة المكونة من ٥٨ من اليافعين التوحديين. وقد أظهرت الدراسات التالية شذوذا يتراوح بين ١٣% إلى ٨٣% في النشاط الكهربائي للمخ لدى التوحديين وذلك في ضوء أسلوب البحث، و العينة، والمعايير التي تم الاعتماد عليها في تفسير هذا النشاط(قاسم عبد الله، ٢٠٠١: ٥٨). ولكن الدراسات الأحدث حول النشاط الكهربي للمخ لدى المصابين بالتوحد، توصلت إلى نسبة شذوذ وخلل في

النشاط الكهربي للمخ تتراوح ما بين ٣٢% إلى ٤٥% لدى الأطفال التوحديين. بيد أن الدراسة الأكبر و الأحدث التى أجراها " تساي" Tsai, ١٩٨٥ على عينة تكونت من مائة طفل توحدي ، أظهرت وجود شذوذ في النشاط الكهربائي للمخ لدى ثلاث وأربعين واحد منهم . وأن هذا الشذوذ يعبر عن وجود أعصاب ونتوءات منتشرة أو موجات بطيئة . وقد أثبتت هذه الدراسة أن هذا الخلل في النشاط الكهربي للمخ يصاحبه نوبات مرضية لدى المصابين بالتوحد.

(جـ) أشعة بالرنين المغناطيسي للمخ MRT .

(د) قد يسأل الطبيب الوالدين عن حالات لا تؤدي إلى التوحد، ولكن قد تكون مصاحبة له، مثل وجود التشنج وغيره.

الثاني : **التقييم السلوكي : وقد سبقت الإشارة إليه بالتفصيل .**

الثالث : **التقييم النفسي :حيث يقوم الأخصائي النفسي باستخدام أدوات ونقاط قياسية لتقييم حالة الطفل. من حيث الوظائف المعرفية والإدراكية ، والاجتماعية، والانفعالية،والسلوكية،ومن حيث التكيف. ومن هذا التقييم تستطيع الأسرة والمدرسون معرفة جوانب القصور والتطور لدى الطفل.**

الرابع : التقييم التربوي(التعليمي) **يمكن القيام بالتقييم التربوي من خلال استخدام التقييم الرسمي** Formal assessment **باستخدام أدوات قياسية، والتقييم غير الرسمي** informal assessment **باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين. والغرض من هذا التقييم هو تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية :**

مهارات قبل الدراسة.

مهارات دراسية: القراءة و الحساب .

مهارات الحياة اليومية: الأكل و اللبس ودخول الحمام.

أساليب التعلم ومشكلاتها وطرق حل هذه المشكلات.

الخامس : تقييم التواصل: communication assessment

التجارب المنهجية، و الملاحظة التقييمية ومناقشة الوالدين، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه. ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند

وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة ، أو الإشارة إلى الصورة وغير ذلك.

السادس : التقييم الوظيفي: occupational assessment

المعالج الوظيفي occupational therapist **يقوم بتقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية**sensory integrative Functions **، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع و البصر والتذوق والشم و اللمس) ، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى(استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير)، مهارات الحركة الكبرى (المشي والجري والقفز). ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (جزء الدماغ المسيطر)، و المهارات البصرية، وعمق الإدراك.**

ثانيا: قياس وتشخيص طيف التوحد:

الأطفال التوحديون التقليديون.

الأطفال ذوو التوحد في صورته التقليدية لديهم درجة تتراوح بين المتوسطة و الشديدة من اضطراب التواصل،وإقامة العلاقات الاجتماعية بالإضافة إلى ما يعانون من درجات التخلف العقلي.

ويتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين من خلال مقياس للتشخيص على النحو التالي:

على الأقل ستة بنود من المجموعات الأولى و الثانية و الثالثة، بحيث تتضمن الأعراض بندين على الأقل من المجموعة الأولى، وبنداً واحداً من كل من المجموعتين الثانية والثالثة، كما يتضح فيما يلي:

المجموعة الأولى:ضعف نوعي وكمي في التفاعل الاجتماعي(بندان على الأقل):

البند الأول: الضعف الشديد لدى الطفل التوحدي في استخدام كثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية، كالتفاعل من خلال تبادل النظرات والتقاء العينين ، وتعبيرات الوجه ، وأوضاع الجسم ، والإيماءات والإشارات.

البند الثاني: العجز عن بناء الصداقات مع الأقران.

البند الثالث: قلة الاهتمام فيما يتعلق بالمشاركة في اللعب (فالطفل التوحدي في صورته التقليدية لا يكون بمقدوره أن يطلب لعبة ما ، أو إحضارها ، أو الإشارة إليها)

البند الرابع: نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع أفراد المجتمع من حوله.

المجموعة الثانية: ضعف نوعي وكمي في القدرة على التواصل (بنداً واحداً على الأقل):

البند الأول: تأخر أو نقص القدرات اللغوية (مع عدم تعويض هذا التأخر أو ذلك النقص باستخدام طرق أخرى للتواصل من قبيل الإشارة مثلا.

البند الثاني: في حال القدرة على الكلام ، لا يكون بمقدور الطفل أن يبدأ الحديث مع الآخرين أو أن يستمر في الحديث معهم.

البند الثالث: الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به.

البند الرابع: نقص قدرة الطفل على تنويع اللعب، أو ممارسة اللعب التخيلي، وكذلك نقص القدرة على محاكاة و تقليد الآخرين في لعبهم، أو القيام بألعاب ممن هم في سنه.

المجموعة الثالثة :اهتمامات وأنشطة نمطية مكررة (بنداً واحداً على الأقل):

البند الأول: الانهماك الكامل باللعب بلعبة معينة، و اللعب بها بطريقة نمطية مكررة، وفي نطاق ضيق محدود، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز و الشدة .

البند الثاني: مقاومة تغيير الرتابة.

البند الثالث: نمطية وتكرار الحركات الجسمية (مثل رفرفة اليدين والأصابع، وحركة الجسم المتكررة).

البند الرابع: الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة.

تأخر أو نقص التفاعل غير السوي ، ويبدأ تحت سن الثالثة (بنداً واحداً على الأقل):

البند الأول: التفاعل الاجتماعي.

البند الثاني: اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي.

البند الثالث: اللعب الواقعي و التخيلي.

الاضطراب غير المصنف من حيث تشخيصه مع اضطراب ريت Rhett's Disorder أو اضطراب التحطم الطفولى Childhood Disintegrative Disorder

الأطفال ذوو زملة ريت : *Rhett's syndrome*

هذه الزملة-كطيف من أطياف التوحد-خاصة بالإناث من الأطفال فقط، فالطفلة تولد طبيعية، لكنها بعد حوالي خمسة أشهر من النمو الطبيعي تصاب بأنواع متعددة من القصور وترجع هذه الزملة إلى عوامل جينيية وراثية. ومن أبرز الأعراض التي تصيب الإناث من المصابات بزملة ريت ما يلي:

التوقف في نمو الجمجمة بعد أربعة أو خمسة أشهر من النمو الطبيعي.
فقدان المهارات الحركية التي تم اكتسابها قبل ظهور الأعراض.
فقدان الارتباط الاجتماعي.
القصور في النمو اللغوي.
القصور في النمو العقلي.
ويتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين-أو بمعنى أصح- الطفلات التوحديات من خلال تطبيق مقياس للتشخيص على النحو التالي:
توفر كل البنود الثلاثة التالية:
البند الأول: الحمل و الولادة تمت بشكل طبيعي.
البند الثاني: التطور والنمو الحركي والنفسي يكون طبيعيا خلال الخمسة أشهر الأولى من حياة الطفلة.
البند الثالث: محيط الرأس يكون طبيعيا عند الولادة.
توفر البنود الخمسة التالية بعد فترة من النمو الطبيعي:
البند الأول: تباطؤ نمو محيط الرأس فيما بين سن خمسة أشهر وأربع وعشرين شهرا.
البند الثاني: فقدان القدرات المكتسبة لحركة اليدين فيما بين سن خمسة أشهر وثلاثين شهراً مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين.
البند الثالث: فقدان الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة.
البند الرابع: ظهور مشية غير متزنة، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية.
البند الخامس: النقص الشديد في تطور اللغة الاستقبالية و التعبيرية مع وجود تأخر في النموين النفسي و الحركي.

الأطفال ذوو زملة أسبيرجر *Asperser's Syndrome*

وهذه الزملة تنسب إلى مكتشفها الطبيب النمساوي "هانز " اسبيرجر Asperger, Hans (١٨٤٤- ١٩٥٤) وتظهر على شكل:
تأخر في نمو السلوك غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه ، والإشارة، واستخدام أعضاء الجسم للتعبير عن المفاهيم.
قصور في تكوين علاقات مع الأقران.

الانشغال بنمط معين من السلوك.
التصلب وعدم المرونة في الحركة والالتصاق بالمقعد الذي يجلس عليه الطفل.
حركات نمطية متكررة.
ويذكر بعض الباحثين أنها عادة ما تظهر في وقت متأخر عن ظهور الأعراض التوحدية التقليدية، أو على الأقل يتم اكتشاف أعراضها متأخرا ويمتاز أطفال هذه الزملة بوجود مستوى ذكاء عادى أو فوق المستوى العادي،لذلك فإن بعض المتخصصين في مجال التوحد يطلقون على هذه الزملة مسمى التوحد مرتفع التوظيف High Functioning Autism ، كما لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية، ولكن يكون هناك صعوبات في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة، تلك التي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيقين كالدعابة و السخرية.

ويتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين من خلال مقاييس للتشخيص على النحو التالي:
ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي(بندان على الأقل من البنود الأربعة التالية):
البند الأول: ضعف واضح وشديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل(التواصل عن طريق التقاء العينين، وتعبيرات الوجه وحركة الجسم، والإيماء والإشارة وما إلى ذلك من أساليب التواصل غير اللفظي).
البند الثاني: العجز عن إقامة وبناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري.
البند الثالث: ضعف الاهتمام وغياب محاولات المشاركة في اللعب (مثل عدم قدرة الطفل على طلب لعبة ما، أو إحضارها أو الإشارة إليها).
البند الرابع: نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والمشاعر والانفعالات مع أفراد بيئته الأسرية أو بيئته المجتمعية من حوله.
سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والأنشطة (بند واحد على الأقل من البنود الأربعة التالية):
البند الأول: الطفل ينهمك انهماكا كاملا في واحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير السوية سواء في حدتها أو تركيزها.
البند الثاني: الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس.

البند الثالث: تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رفرفة الأصابع أو اليدين، التواء الذراعين أو الجسم،القيام بحركات معقدة باستخدام الجسم.

البند الرابع: الانهماك الكامل و المتواصل مع جزء من لعبة.

وجود هذه النوعية من الاضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس طبيا في مهام وظيفية مهمة كإقامة علاقات اجتماعية، أو ممارسة مهام معينة.

غياب النقص العام الذي يمكن ملاحظته طبيا في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنتين،التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات).

عدم وجود نقص عام يمكن ملاحظته طبيا فيما يتعلق بالقدرات الإدراكية والمعرفية، ومهارات مساعدة الذات، بالإضافة إلى السلوك التكيفي (فيما عدا التفاعل الاجتماعي)،الفضول في التعرف على البيئة المحيطة بالطفل مقارنة بمن هم في مثل عمره الزمني.

مجموعة الاضطرابات التي لا يمكن تشخيصها على أنها انفصام في الشخصية، أو على أنها أحد أسباب الاضطرابات النمائية الأخرى.

الأطفال ذوو التفكك و التفسخ في شخصياتهم:

Childhood Disintegrative Disorder

وهذه الطائفة من الأطفال التوحديين حالاتهم نادرة، ويمكن تشخيصهم إذا ظهرت الأعراض بعد نمو وتطور طبيعيين في العامين الأولين من عمر الطفل.

وتذكر الكتابات المتخصصة أن أعراض هذه الفئة تبدأ في الظهور قبل بلوغ الطفل العاشرة من عمره؛حيث يلاحظ تراجع وتدهور الكثير من الوظائف؛ كالقدرة على الحركة، التحكم في عمليتي الإخراج (التبول و التبرز)، و المهارات اللغوية، و المهارات الاجتماعية.

ويتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين من خلال مقياس للتشخيص على النحو التالي:

نمو طبيعي وتطور سوي في مظاهر النمو المختلفة في العامين الأولين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتفق مع طبيعة نمو الطفل في هذه المرحلة النمائية في البنود الأربعة التالية :

البند الأول: التواصل سواء كان لفظيا أم غير لفظي.

البند الثاني: التعلق و العلاقات الاجتماعية.

البند الثالث: أنماط اللعب.

البند الرابع: السلوكيات الدالة على تكيف الطفل.

فقدان المهارات المكتسبة التالية قبل بلوغ الطفل سن العاشرة من العمر (بندان على الأقل من البنود الخمسة التالية):

البند الأول: تدهور في اللغة الاستقبالية و اللغة التعبيرية.

البند الثاني: فقدان المهارات الاجتماعية وفقدان السلوكيات الدالة على التكيف.

البند الثالث: فقدان التحكم في عمليتي الإخراج : التبول و التبرز.

البند الرابع : فقدان مهارات اللعب.

البند الخامس: فقدان المهارات الحركية.

أداء غير سوى في بندين –على الأقل–من كل مجموعة من المجموعتين الآتيتين:

المجموعة الأولى: ضعف نوعي (كيفي) في التفاعل الاجتماعي:

البند الأول: ضعف في السلوكيات التواصلية لاسيما في التواصل غير اللفظي.

البند الثاني: عدم القدرة على إقامة صداقات مع أقرانه.

البند الثالث: ضعف في المشاركات الانفعالية والاجتماعية.

المجموعة الثانية:ضعف نوعي (كيفي)في المشاركات الاجتماعية والانخراط في أنشطة ذات طابع اجتماعي أو جماعي:

البند الأول: تأخر وتراجع في اللغة و الكلام.

البند الثاني: العجز عن بدء حوار والاستمرار فيه.

البند الثالث: نمطية وتكرار الحديث.

البند الرابع : نقص القدرة أو العجز عن تنويع اللعب.

البند الخامس: السلوكيات النمطية المتكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والأنشطة، ويدخل ضمن سلوكيات هذا البند نمطية الحركات الجسمية المتكررة.

مجموعة من الاضطرابات الأخرى التي لا تشخص على أنها أعراض لانفصام الشخصية، أو أنها أحد أسباب الاضطرابات النمائية المنتشرة.

الأطفال والاضطراب النمائي الشامل غير المصنف في أماكن أخرى
Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise specified (PDD- Nos)
وهذه الطائفة من الأطفال التوحديين لكي يتم تشخيص أفرادها يتعين أن يتوفر فيهم شرطان:

الأول: ألا تنطبق عليهم أي من البنود السابقة في المقاييس التشخيصية التي عرضناها في الطوائف الأربع السابقة.

الثاني: ألا توجد أي درجة من درجات الاضطراب الموضوعة لأي طفل ينتمي إلى الطوائف الأربع السابقة.

وفي ضوء ما ورد في الدليل التشخيصي للرابطة الأمريكية للطب النفسي DSM-IV فإن هذه الطائفة الخامسة من طوائف التوحد يتم البحث عن البنود التي تمثل أعراضاً لها في حالات معينة،عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي ، أو في مهارات التواصل اللغوي أو غير اللغوي نعني اللفظي أو غير اللفظي، أو في سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية متكررة، على ألا تكون بنود المقياس المستخدم تنطبق على اضطرابات نمائية معينة مما سبق ذكرها، أو ذات علاقة بانفصام الشخصية في مرحلة الطفولة.

وفي ختامنا للحديث عن القياس و التشخيص في مجال التوحد يمكن أن نشير إلى تلك القائمة التي أعدها ماجد عمارة (٢٠٠٥: ٥٥) لتشخيص اضطراب التوحد بشكل عام :

قائمة تشخيص اضطراب التوحد

عناصر التشخيص درجة القصور	لا يوجد (صفر)	قصور بسيط (١)	قصور متوسط (٢)	قصور شديد (٣)	قصور حاد (٤)
أولا: القصور النوعي في التواصل الاجتماعي قصور في استخدام السلوكيات غير الشفهية (أ) قصور في التواصل البصري (ب) قصور في التعبيرات الوجهية (جـ) قصور في وضع الجسم التعبيري (د) قصور في إيماءات التفاعل الاجتماعي (٢) قصور في نمو العلاقات الملائمة لمستوى النمو. (٣) قصور في التلقائية في مشاركة الآخرين. (أ) قصور في المشاركة والاستماع. (ب) قصور في الرغبة في التفاعل الاجتماعي.					
ثانيا: القصور اللغوي (١) قصور في النمو اللغوي (٢) قصور في القدرة على المبادأة والمحادثة مع الآخرين. (٣) الترديد اللغوي والاجترار. (٤) قصور في اللعب الاجتماعي الملائم لمستوى النمو.					
ثالثا: نماذج تكرارية في السلوك: الاستغراق في أحد النماذج التكرارية. التمسك الشديد بالروتين و الطقوس. الحركات التكرارية: (أ) حركات اليدين. (ب)حركات الجسم. (٤)الاهتمام بأجزاء الأشياء.					
رابعا: قصور في النمو: قصور في التواصل الاجتماعي. قصور في استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي. قصور في اللعب الخيالي أو الرمزي.					

الفصل الثاني
اضطرابات التواصل

تأخذ اضطرابات التواصل شكلين أساسيين هما اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام .

اضطرابات اللغة:

تتمثل اضطرابات اللغة في ضعف أو غياب القدرة على التعبير عن الأفكار أو عن تفسيرها وفقاً لنظام رمزي مقبول بهدف التواصل . وهي تشمل :

١- الاضطرابات اللغوية النمائية .

٢- الاضطرابات اللغوية التعليمية .

٣- الحبسة الكلامية (الأفيزيا)

اضطرابات الكلام:

أما اضطرابات الكلام فهي تتمثل في ضعف القدرة الفسيولوجية على تشكيل الأصوات بشكل سليم ومن ثم استخدام الكلام بشكل فعال . وهي تصنف ضمن ثلاث فئات رئيسية وهي :

اضطرابات اللفظ وتشمل الإبدال والإضافة والحذف والتشويه .

اضطرابات الطلاقة أو الانسياب الكلامي وتشمل التأتأة أو الكلام بسرعة فائقة .

اضطرابات الصوت وتشمل الخنة الأنفية والبحة الشديدة .

الاضطرابات الفمية – الوجهية الناجمة عن تشوهات في الشفتين (مثل الشفة الأرنبية) أو الحلق (شق الحلق) أو الأنف أو الفم .[1]

الأسباب :

وثمة أسباب عديدة لاضطرابات التواصل ومنها :

الأسباب البيولوجية(عصبية أو جينية أو كروموسومية أو أيضية) .

الأسباب النمائية . وتتمثل في أشكال مختلفة من التأخر في نضج الجهاز العصبي

الأسباب البيئية . وتتمثل في العوامل البيئية والثقافية والأسرية المضطربة مثل الحرمان وعدم توفر الإثارة الكافية والتسمم

الأسباب النفسية والتعليمة . وتتمثل في التعلم الخاطئ وفي توقع الفشل وأنماط التواصل غير السليمة والاضطرابات النفسية الداخلية

١. إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠٠٤م) ، التوحد الخصائص والعلاج ، ط/١ ،عمان : دار الفكر.

الأسباب الوظيفية : وتتمثل في الاستخدام الخاطئ للحبال الصوتية والأجهزة الداعمة للكلام .

الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغوية:

يمثل استخدام الطفل اليومي للغة لأغراض التواصل والتفاعل الاجتماعي أفضل معيار للحكم على كلامه ولغته .

وعليه فإن المعلمين وأولياء الأمور يستطيعون القيام بأدوار بالغة الأهمية في الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغوية لدى الأطفال . وفي المدارس ، يمكن تنفيذ إجراءات كشفية منظمة ودورية على أيدي اختصاصي اضطرابات الكلام . وبما أن مدارسنا لا يعمل فيها هؤلاء الاختصاصيون فإن الكشف المبكر عن الاضطرابات الكلامية واللغة مسؤولية المعلم . ولا يعني ذلك أن يقوم المعلم بدور التشخيص ، فما هو مطلوب منه طلب مساعدة أهل الاختصاص أو تحويل الأطفال إليهم في حالة توقع مشكلات كلامية أو لغوية لديهم .

وفيما يلي قائمة بأهم المؤشرات على الاضطرابات الكلامية واللغوية :

(١) عدم وضوح الكلام أو اللغة .

(٢) تكلم الطفل بطريقة مختلفة تماماً عن الأطفال الآخرين .

(٣) إظهار الطفل لأنماط جسمية غير عادية عندما يتكلم كأن يحرك بطرق ملفته للنظر فمه أو لسانه أو يديه أو رأسه .

(٤) ظهور بعض الملامح على أن الطفل يشعر بالحرج وعدم الارتياح عندما يتكلم .

(٥) عدم ملائمة نوعية الصوت مثل التكلم من الأنف أو بحة الصوت وغير ذلك .[١]

التوحد واضطراب التواصل :

حيث أن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية مظاهر أساسية في التوحد ، فإنه من المتوقع أن يكون هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية ، وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات .

اضطرابات اللغة الاستقبالية وجد أنها تتشابه مع اضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحديين ، نتائج الدراسات في هذا المجال أشارت إلى انه مع وجود تشابه بين التوحد واضطرابات اللغة الاستقبالية فإنه يمكن التمييز بين الاضطرابيين.

---

١. سيمون كوهين و باتريك بولتن (٢٠٠٠م)، حقائق عن التوحد ، ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان ، ط/١، الرياض : أكدديمية التربية الخاصة .

الأطفال من ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام ، بينما الأطفال التوحديين فإنهم لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة ،قد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ولكن الأطفال التوحديين يظهرون إعادة كلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر أكثر ، يفشل الأطفال التوحديين في استخدام اللغة كوسيلة اتصال ولكن الأطفال في اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين ،وبناءً عليه فإن القدرة أو القابلية على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيسي بين المجموعتين .[١]

- كيف يمكن علاج اضطرابات اللغة والكلام في التوحد؟

عندما يشك الطبيب في وجود التوحد أو أي عجز نمائي آخر عند الطفل فإنه يحيله إلى فريق من المتخصصين؛ يتضمن أخصائي علاج اضطرابات اللغة والكلام، والذي يقوم بعمل تقييم شامل لقدرة الطفل على التواصل ويقومك بتصميم وإدارة برنامج علاج خاص بهذا الطفل.

لا توجد طريقة علاج يمكن أن تحسن بنجاح التواصل لدى كل الأفراد التوحديين. ومن الأفضل أن يبدأ التدخل مبكراً أثناء سنوات ما قبل المدرسة، كما يجب أن يكون البرنامج مخطط ومصمم بصورة فردية، ويجب أن يستهدف كلاً من السلوك والتواصل، ويتضمن كذلك الآباء أو مقدمي الرعاية الأساسيين. ويجب أن يستهدف العلاج تحسين التواصل الوظيفي، فبالنسبة للبعض، قد يكون التركيز على التواصل في مواقف واقعية بينما يمكن أن نركز مع آخرين على التواصل الإشاري، بينما يمكن أن نستخدم مع آخرين نظام التواصل الرمزي مثل لوحة الصور. كما يجب أن تتضمن الخطة العلاجية فترات تقييم دقيق ومتعمق من قبل متخصص في تقييم وعلاج اضطرابات اللغة والكلام، كما قد يشترك المعالجون الآخرون لتدريب الفرد على خفض السلوك غير المرغوب فيه الذي قد يؤثر على تطور مهارات التواصل.

وفيما يتعلق بالبرامج العلاجية التي يجب أن تقدم للأطفال التوحديين نجد أن هناك بعض المتخصصين يرحبون بتنظيم برامج علاجية سلوكية تقوم على تعديل السلوك ، بينما يرى آخرون أن العلاج المنزلي أو بالمنزل يجب أن يكون هو القاعدة أو الأساس لأنه يعتمد على

١. كتاب المدخل إلى التربية الخاصة د/ يوسف القريوتي د/ عبد العزيز السرطاوي د/ جميل الصمادي

تدريب هؤلاء الأطفال على التصرف في مواقف حقيقية. بينما يؤيد البعض المداخل الأخرى كالعلاج بالموسيقى والعلاج المعتمد على التكامل الحسي، والذي يعمل على تحسين قدرة الطفل على الاستجابة للمثيرات الحسية وهو يبدو مفيد جداً لبعض الأطفال التوحديين لتنمية قدرتهم على الاستجابة للمثيرات الخارجية.

كما أن استخدام بعض الأدوية قد يحسن من قدرة الطفل على الانتباه لفترات أطول أو قد تساعد على خفض بعض السلوكيات غير المرغوب فيها مثل خفقان اليد ، لكن الاستعمال طويل المدى لهذه الأدوية قد يكون له آثار جانبية خطيرة لذا يجب أن تعطى هذه الأدوية تحت إشراف مباشر من قبل الطبيب المختص. ولا توجد أدوية حتى الآن يمكنها أن تعمل على تحسين التواصل لدى هؤلاء الأفرادautistic.

كما يمكن استخدام الفيتامينات والأطعمة الخاصة وكذلك العلاج بالتحليل النفسي لكن حتى الآن لم يثبت البحث مدى فعاليتها.

التوحد واضطرابات السمع والبصر :

الانسحاب الاجتماعي ، والانزعاج من تغيير الروتين ، وسلوكيات أخرى يمكن أن تظهر من قبل أطفال صم وهو يشبه السلوك الذي يظهره الأطفال المتوحديين ، هذه السلوك تعتبر ثانوية بالنسبة للصم ، ونتيجة لاضطرابهم ولكنها أولية وأساسية في حالة الأطفال المتوحديين ، معظم المتوحدون ليسوا صماً ، وإذا شك بالطفل بأنه يعاني من التوحد فإنه يجب أن يتم فحص سمعه لاستبعاد إصابته بالصمم .

الأطفال المكفوفون أو ضعاف البصر يمكن أن يظهروا استثارة ذاتية وحركات نمطية تشبه ما يقوم به الأطفال التوحديين ، وأكثر من ذلك فإن اضطراب التوحد في الاستجابة إلى المثيرات البصرية يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع .

التدخل العلاجي والتربوي :

اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساساً على وجهة النظر التي كانت سائدة حول أسباب التوحد ، وحيث أن التوحد كان يعتقد سابقاً بأنه اضطراب انفعالي يساهم الوالدين فيه مساهمة أساسية ، فقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي هو الأسلوب السائد حتى السبعينات ، أن أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إنشاء علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة علاقة لم تستطع أم الطفل التوحدي أن تزوده بها ، وأن هذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج النفسي .

يتضمن العلاج مرحلتان :

في الأولى : يزود المعالج الطفل بأكبر كمية ممكنة من الدعم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

وفي الثانية : تركز على تطوير المهارات الاجتماعية وتتضمن تأجيل الإشباع والإرضاء.

إن معظم برامج المعالجين النفسانيين للأطفال كانت تأخذ شكل جلسات للمريض الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحية من الناحية الانفعالية .

كما تستخدم طريقة العلاج البيئي وتتضمن تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم على إقامة علاقات شخصية .

أما التدخل التربوي :

فإنه يقوم في الأساس على استخدام إجراءات تعديل السلوك ذلك أن إجراءات تعديل السلوك تقوم على أسس موضوعية وليس على انطباعات ذاتية ، كما أنه أسلوب لا يضع اللوم على الوالدين ، وعلى العكس من ذلك فإنه يشرك الوالدين في عملية العلاج ، كذلك فإن إجراءات تعديل السلوك تعتمد على مبادئ وقوانين التعلم التي يمكن أن يتقنها المعلمون بسهولة مقارنة بالأساليب الأخرى ، وبالإضافة إلى إجراءات تعديل السلوك ، فإن البرامج التربوية يجب أن تتضمن تركيزاً على الجوانب اللغوية النطقية عند الطفل التوحدي وذلك بإجراءات تهدف إلى تحسين التواصل اللغوي الذي يفتقده الأطفال التوحديين ، بالإضافة إلى إجراءات التعليم المباشر على مهارات أساسية ضرورية في الجوانب الأكاديمية ومهارات الحياة اليومية .

دور الأسرة في معالجة اضطرابات التواصل عند أطفال التوحد :

إن تواصلنا مع المحيطين بنا يتم من خلال الكلام وهو ما يعرف بالتواصل اللفظي والذي يصاحب بحركات وإيماءات الجسد، والاتصال البصري وتعبيرات الوجه، بالإضافة إلى التنغيم الصوتي وهو ما يعرف بالتواصل غير اللفظي.

ومن الجدير بالذكر أننا نستخدم مزيجاً من النمطين اللفظي وغير اللفظي للتواصل مع من حولنا، ومن هنا تبرز أهمية مساعدة الطفل التوحدي (المصاب بمرض التوحد) على التواصل بشكل فعال مع من حوله والذي يأتي في قمة أولويات برامج التأهيل المختلفة. وذلك لأن قصور المهارات التواصلية بشقيه اللفظي وغير اللفظي من السمات التشخيصية الأساسية لاضطرابات طيف التوحد. يعرف التوحد بأنه اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات

أساسية منها، قصور في نمو وتطور المهارات التواصلية بالإضافة إلى صعوبة التفاعل الاجتماعي وهو ما يعتبر ذا علاقة وثيقة بالمهارات التواصلية أيضا ، والمجال الثالث يتمثل في التعلق الشديد بالأعمال الروتينية والمحافظة على أنماط وأداء الأفعال على وتيرة واحدة وصعوبة القدرة على اللعب ، ومن الجدير بالذكر أن الفقد التدريجي للمهارات التواصلية والاجتماعية بعد النمو الطبيعي حتى سن ١٨ شهرا لا يمثل أكثر من ٣٠% (الجمعية الأميركية للنطق والسمع ASHA، ٢٠٠٦) من أطفال التوحد، في حين أن التأخر منذ البداية يمثل أكثر من ٧٠% من الأطفال التوحديين، حيث يشترط ظهور نمط الأعراض قبل سن ٣٦ شهرا ، ومن هنا تتضح لنا الأهمية القصوى للقصور في النواحي التواصلية، حيث إنها لا تعتبر معيارا تشخيصيا مهما فقط ، بل تعتبر التحدي الأكبر للمختصين وأسر الأطفال التوحديين ، مؤشرات أساسية ، إن المؤشرات الأساسية والأولية التي تساعد المختصين من النواحي التواصلية في تشخيص التوحد ، تتمثل في أن المصاب:

لا يناغي حتى سن ١٢ شهر.

لا يستخدم الإشارة (الإشارة إلى الأشياء وهز اليدين)حتى سن ١٢ شهرا.

لا يستخدم كلمات مفردة حتى سن ١٦ شهرا.

ضعف مهارات الاتصال البصري.

تجاوب ضعيف مع الآخرين أثناء اللعب.

لا يستخدم عبارات مكونة من كلمتين حتى سن ٢٤ شهرا.

تكرار الكلمات، فعند سؤال الطفل: ما اسمك؟ فيقول «ما اسمك» بدل من أن يقول «أحمد» مثلا.

فقد واضح لأي مهارات لغوية أو اجتماعية قد يكون اكتسبها قبل سن السنتين. دور الأسرة وحين يولد الطفل، فإن أول ما يراه في الوجود هو والداه، حيث يبدأ هذا الطفل في النمو والتطور وتبدأ حركاته الأولى وابتساماته وانفعالاته واستجاباته لما حوله داخل منزله مع والديه ، فالمنزل والوالدان هما البيئة الأولى التي يعيش بها الطفل ويتعلم وينشأ فيها فيكتسب من خلال هذه البيئة ويتعلم المهارات المختلفة والتي يأتي على رأسها القدرة على الحوار والتواصل مع من حوله ، وهنا تكمن أهمية الوالدين في حياة الطفل ، ولكن في بعض الأحيان قد يعتري هذه المهارات التي يكتسبها عادة الطفل بشكل تلقائي بعض الخلل كما هو الحال في الطفل التوحدي ،

مما يكون له أكبر الأثر في تطورها بشكل سليم وهنا يحتار الوالدان في الطريقة المثلى لمواجهة وإصلاح هذا الخلل ، فيلجآن للمتخصصين في هذا المجال لمساعدتهما وتوجيههما لإيجاد الحل المناسب كما ورد في مجلة (Behavioral Interventions, Volume ٢٢, p.١٧٩-١٩٩, ٢٠٠٧)

ومع الأهمية الكبيرة للتدخل العلاجي، فلا يمكن أبدا أن يقلل من شأن دور أولياء أمر الطفل التوحدي وبيئته في علاج هذا الاضطراب ، فالدور الذي تلعبه أسرة الطفل التوحدي ومشاركتهم في البرنامج العلاجي له بالغ الأثر الإيجابي في تطوير هذه المهارات بشكل فعال أكثر ، وبالتالي فإن إعطاء الوالدين المعلومات والنصح والتوجيه والأساليب والاستراتيجيات المناسبة الخاصة باضطراب طفلهم التوحدي سيساعدهم في تطوير المهارات المناسبة لدى هذا الطفل، إن أفضل علاقة تربط بين أخصائي النطق واللغة كمتخصص في تشخيص وعلاج الاضطرابات التواصلية وبين الوالدين كخبراء بطفلهم ومعرفتهم ببيئته الطبيعية وحياته اليومية والخبرات المختلفة التي يتعرض لها بالإضافة لاحتياجاته الخاصة وطباعه ، هي علاقة الشراكة وذلك للوصول لأفضل طريقة للتدخل لعلاج مشكلة الطفل ، والخطوة الأولى في تطبيق هذه الشراكة تكون بتدريب الوالدين وإعطائهما الأدوات المناسبة التي ستساعدهما في تطوير مهارات الطفل والذي انعكس بشكل واضح على كمية الدعم المادي الذي أولته الحكومة الأميركية على الرغم من الأزمة الاقتصادية الحالية والذي وصل إلى ٢١١ مليون دولار تبعا لتقرير الجمعية الأميركية للتوحد (مارس ٢٠٠٩)، حيث يعتبر تدريب الوالدين وخصوصاً أثناء المراحل المبكرة لحياة الطفل عنصرا مهما في أي برنامج علاجي.[١]

وكان تدريب الوالدين ومدى تأثيره على تقدم مهارات الطفل التواصلية ومهاراته الأخرى ، محور وتركيز العديد من الأبحاث العلمية حيث أثبتت الدراسات الحديثة أهمية دور آباء وأمهات الأطفال التوحديين في تنمية المهارات التواصلية لدى أطفالهم، وذلك لأن الآباء والأمهات يمثلون الجزء الأكبر في عالم الطفل والذي تتضاءل أمامه كل الأدوار الأخرى من الناحية الكمية، حيث يقضي الطفل عددا كبيرا من الساعات مع والديه في حين أنه يقضي عددا محدودا

---

١. أيمن البلشة ،الخصائص والفروق بين الأطفال المتوحدين والمتخلفين (رسالة ماجستير غير مطبوعة :- الجامعة الأردنية ،عمان).

من الساعات مع اختصاصي أمراض النطق واللغة ، ومن هنا تتبلور أهمية تدريب الآباء والأمهات بهدف موازنة المعادلة ، بحيث يصاحب التفوق الكمي جودة نوعية تساعد الآباء والأمهات على تنمية مهارات الطفل التوحدي التواصلية والذي سينعكس على مستوى استخدامه للمهارات التواصلية كطلب الأشياء وجذب الانتباه والرفض والتعبير عن المشاعر وغيرها من الصعوبات التي يعانيها أطفال التوحد على مستوى التواصل بشقية اللفظي وغير اللفظي ، إن دور الأسرة يتمثل في ضرورة أن تتدرب بشكل مكثف حتى تتمكن من إتقان الأساليب والطرق المناسبة لتعليم طفلهم التوحدي أكاديميا والتعامل معه من الناحية النفسية ــ كما يجب هنا أن لا نغفل ضرورة أن يتدرب الأهل على الطرق والأساليب التي تمكنهم من التواصل الاجتماعي مع الطفل التوحدي كل تبعا لمستوى أدائه ، أما دور المجتمع فيتجلى بشكل كبير في بذل الكثير من الجهود حتى يزداد الوعي باضطرابات طيف التوحد والذي سينعكس بشكل كبير على نمط التقبل الاجتماعي لفئات التوحديين وأسرهم.

ويشير أخيرا د.الدكروري، من خبرة تناهز خمسة عشر عاما من العمل مع أطفال التوحد وأسرهم ، إلى أن شبح الخوف من المستقبل هو المشكلة الرئيسية وهو ما يمكن التغلب عليه من خلال العمل الجاد منذ البداية وبشكل مستمر على كل الأصعدة بهدف تحقيق أكبر قدر من الاستقلالية والاعتماد على الذات للأشخاص التوحديين بالإضافة للعمل على سن القوانين التي من شأنها أن تدعم توفير البرامج والخدمات ذات العلاقة باحتياجات التوحديين المتنامية تبعا للمراحل العمرية ومستوى الأداء.

نصائح لآباء ومعلمي الأشخاص المصابين بالتوحد بقلم: (تمبل جراندين) :

د. تمبل جراندن(Temple Grandin) تحمل دكتوراه في علوم الحيوان، ولديها مخترعات كثيرة باسمها في هذا المجال. كما أنها من أشهر الأشخاص المصابين بالتوحد عالي الكفاءة high functioning autism ، وتحاضر حول التوحد في أماكن كثيرة من العالم . كما قامت بتأليف بعض الكتب حول تجربتها الشخصية مع التوحد .

يفكر كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد باستخدام التفكير المرئي، حيث أفكر باستخدام الصور، بدلاً من اللغة أو الكلمات. حيث تبدو أفكاري كشريط فيديو أراه في مخيلتي. فالصور هي لغتي الأولى، والكلمات لغتي الثانية . كما أن تعلم الأسماء أكثر سهولة من تعلم الأفعال ،

حيث يمكنني أن أكون صورة في مخيلتي للاسم ، بينما من الصعب عمل ذلك بالنسبة لغير الأسماء . كما أنصح المعلمة أو المعلم بعرض الكلمات بصورة واضحة للطفل ، وذلك باستخدام الألعاب مثلاً .

حاول تجنب استخدام كلمات كثيرة وأوامر أو تعليمات طويلة . حيث يواجه الأشخاص المصابين بالتوحد مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات . وذلك يمكن كتابة التعليمات على الورق إذا كان الطفل أو الشخص يستطيع القراءة .

لدى كثير من الأطفال المصابين بالتوحد موهبة في الرسم، والفن، أو الكمبيوتر . حاول تشجيع هذه المواهب وتطويرها .

قد يركز الأطفال المصابين بالتوحد على شيء ما يرفضون التخلي عنه، كلعب القطارات أو الخرائط . وأفضل طريقة للتعامل مع ذلك هي استغلال ذلك من أجل الدراسة ، حيث يمكن استخدام القطارات ، مثلاً ، لتعليم القراءة والحساب . أو يمكن قراءة كتاب عن القطارات والقيام بحل بعض المسائل الحسابية استخدام القطارات ، كعد مثلاً كم كيلومتر يفصل بين محطة وأخرى استخدم طرق مرئية واضحة لتعليم مفهوم الأرقام .

يواجه كثير من الأطفال المصابين بالتوحد صعوبات في الكتابة ، بسبب صعوبات في التحكم بحركة اليد . للتغلب على شعور الطفل بالإحباط بسبب سوء خطه،شجعه على الاستمتاع بالكتابة ، واستخدم الكمبيوتر في الطباعة إذا أمكن ذلك .

بعض الأطفال المصابين بالتوحد يتعلمون القراءة بسهولة أكبر إذا استخدموا طريقة تعلم الحروف أولاً ، بينما يتعلم البعض الآخر باستخدام الكلمات دون تعلم الحروف أولاً .

بعض الأطفال لديهم حساسية ضد الأصوات المرتفعة، ولذلك يجب حمايتهم من الأصوات المرتفعة (كصوت جرس المدرسة مثلاً)،أو صوت تحريك الكراسي بحكها في الأرضية . ويمكن التقليل من صوت تحريك الكراسي بوضع سجادة فوق أرضية الفصل .

تسبب الأضواء العاكسة (الوهاجة) fluorescent lights بعض الإزعاج لبعض الأطفال المصابين بالتوحد . ولتجنب هذه المشكلة ، ضع طاولة الطفل قرب النافذة ، أو تجنب استخدام الأضواء العاكسة .

بعض الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من فرط الحركة أيضاً (hyperactivity) ، حيث يتحركون كثيراً ، ويمكن التغلب على ذلك إذا تم إلباسهم صدرية أو معطف ثقيل يقلل من حركتهم (بوضع أكياس رز أو فول مثلاً لتزيد من وزن الصدرية أو المعطف) كما أن الضغط الناتج عن الوزن قد يساعد على تهدئة الطفل ولأفضل النتائج يجب أن يرتدي الطفل الصدرية لمدة عشرين دقيقة ، ثم يتم خلعها لبضع دقائق .

يستجيب بعض الأطفال المصابين بالتوحد بشكل أفضل ويتحسن الكلام عندهم إذا تواصل المعلم معهم بينما هم يلعبون على أرجوحة أو كانوا ملفوفين في سجادة . فالإحساس الناجم عن التأرجح أو الضغط الصادر من السجادة قد يساعد على تحسين الحديث . لكن يجب أن لا يُجبر الطفل على اللعب بالأرجوحة إلا إذا كان راغباً بذلك.

بعض الأطفال والكبار المصابين بالتوحد ، ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي، لا يستطيعون معالجة المعلومات الداخلة عن طريق الرؤية والسمع في نفس الوقت ، وذلك لا يستطيعون الرؤية والسمع في نفس الوقت ، ولذلك يجب ألا يطلب منهم أن ينظروا وينصتوا في نفس الوقت .

تعتبر حاسة اللمس ، عند كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي أكثر الحواس فاعلية . ولذلك يمكن تعليمهم الحروف بتعويدهم على لمس الأحرف المصنوعة من البلاستيك . كما يمكن أن يتعلموا جدولهم اليومي بلمس الأشياء الموجودة على الجدول قبل بضع دقائق من موعد النشاط. فمثلاً قبل ١٥ دقيقة من موعد الغداء قدم للشخص ملعقة ليمسكها .

في حال استخدام الحاسوب في التعليم ، حاول وضع لوحة المفاتيح في أقرب مكان إلى الشاشة ، حيث إن بعضهم قد لا يدرك أن عليه أن ينظر إلى الشاشة بعد الضغط على أحد المفاتيح .

من السهل بالنسبة لبعض الأشخاص ممن يستخدمون التواصل غير اللفظي الربط بين الكلمات والصور إذا رأوا الكلمة مطبوعة تحت الصورة التي تمثلها. وقد يجد بعض الأشخاص صعوبة في فهم الرسومات، حيث يفضلون استخدام الأشياء الحقيقية والصور في البداية.

قد لا يدرك بعض الأشخاص المصابين بالتوحد أن الكلام يستخدم كوسيلة للتواصل . وذلك فإن تعلم اللغة يجب أن يركز على تعزيز التواصل . فإذا طلب الطفل كوباً فأعطه كوباً ، وإذا طلب طبقاً بينما هو يريد كوباً ، أعطه طبقاً . حيث يحتاج الطفل أن يتعلم أنه حينما ينطق بكلامٍ ما ، فإن ذلك يؤدي إلى حدوث شيء ما .

قد يجد كثير من الأشخاص المصابين بالتوحد صعوبة في استخدام فأرة الحاسوب، ولذا حاول استخدام أداة أخرى لها زر منفصل للضغط ، كالكرة الدائرية . حيث يجد بعض الأطفال المصابين بالتوحد ، ممن يواجهون مشاكل في التحكم العضلي ، صعوبة في الضغط على الفأرة أثناء مسكها.

الفصل الثالث
تأثير ممارسة النشاط الرياضي في تخفيف السلوك العدواني الصفي للأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد متوسط الشدة

يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيراً على المجالات الرئيسية في القدرات الوظيفية ، حيث جذبَ الاضطراب ألتوحدي اهتمام الاختصاصيين والباحثين النفسيين ، ولا يقتصر أسباب هذا الاضطراب المحير على سبب منفرد فأسبابه متعددة ولا يزال هذا الاضطراب مثيراً للجدل من حيث تشخيصه وأسبابه و أساليب علاجه .

فألتوحديون مجموعة غير متجانسة من الأفراد وفي الخصائص والصفات ومع ذلك فأن هنالك عدداً من الخصائص العامة التي يشتركون بها وبشكل عام يبدأ الأطفال المتوحدون العديد من أشكال السلوك والخصائص التي تميزهم عن غيرهم من الفئات والإعاقات وتتمثل هذه الخصائص ضعف اللغة ، ضعف شديد في السلوك الاجتماعي وتمثيلة وهي الصفة التي تميزه والأكثر وضوحاً في اضطراب التوحد، وتكمن هنا أهمية بحثنا في انه سيجعل من التربية الرياضية وممارسة النشاط الرياضي والأنشطة الرياضية معاً أسلوباً أساسياً مبني على أسس علمية صحيحة لمساعدة الأطفال المتوحدون للتغلب على مظاهر العزلة و الانسحاب والضعف في مهارات التفاعل الاجتماعي .

هدف الباحث إلى:

ممارسة النشاط الرياضي لتخفيف بعض السلوكيات العدوانية لدى أطفال المصابين بطيف التوحد (متوسط الشدة).

ولتحقيق من أهداف البحث افترضنا ما يلي :-

هناك فروق ذات دلالة معنوية في ممارسة النشاط الرياضي لتحسين بعض السلوكيات العدوانية وتطويرها إلى سلوكيات هادفة بين الاختبارين القبلي والبعدي ولصالح الاختبار البعدي .

أما بخصوص الدراسات النظرية فجاءت في مباحث عديدة تضمنت مفهوم التوحد والأعراض والتشخيص وطرائق المعالجة .

مستويات طيف التوحد(الشدة):

إن نسبة الأطفال الذين يتمتعون بذكاء طبيعي من أطفال التوحد هي ٣٠% أما الباقي فهي ٧٠% يحدث لديهم تخلف عقلي مصاحب لاضطراب التوحد وهذه النسبة تنقسم إلى ثلاثة أقسام منها

التوحد البسيط والمتوسط والشديد ويحث تحسن حوالي ٢٠% وتصبح حالة تحسن تامة يستطيع فيها الطفل متابعة حياته العادية في المدرسة والبيت وغيرها، وكذلك ٢٠% منهم يحدث تحسن جزائي ولكن يحتاجون إلى مساعدة الآخرين لتلبية احتياجاتهم اليومية، أما النسبة الأكبر منهم فهيب ٦٠% والتي لا يشفى فيها الطفل وتبقى ملازمة له طيلة حياته وغالبا ما يحدث عندما تكون نسبة التوحد شديدة وفي كافة الحالات يحتاج الطفل ألتوحدي إلى متابعة مستمرة وبرامج خاصة(١).

(ينبغي استخدام محددات ، خفيف ومتوسط وشديد فقط عندما يتحقق براهناً المعايير الكاملة للاضطراب وعند تقرير ما إذا كان ينبغي وصفي الظاهرة باعتباره خفيفاً أو متوسطاً أو شديداً ، يجب على الطبيب إن يضع في الحسبان عدد وشدة أعراض وعلامات الاضطراب وأي اختلاف ينجم عن ذلك في الأداء المهني أو الاجتماعي .

يمكن استخدام الإرشادات التالية لغالبية الاضطرابات :

خفيف : عدم وجود أعراض أو وجود القليل منها زيادة على ما هو مطلوب لوضع التشخيص، ولا ينشأ عن الأعراض أكثر من اختلاف طفيف في الأداء الاجتماعي أو المهني .

متوسط : وهو أعراض أو اختلاف وظيفي يقع بين "الخفيف" و"الشديد ".

شديد : وجود الكثير من الأعراض التي تزيد عما هو مطلوب لوضع التشخيص أو وجود بضعة أعراض شديدة على نحو خاص، كما ينجم عن الأعراض اختلال صريح في الأداء المهاري أو المهني

٢-١-٣ السلوك العدواني لدى أطفال طيف التوحيد :(١) .

أن السلوك العدواني لدى طفل التوحد يتمثل في العدوان والغضب الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين ، فقد يلجأ إلى عض اليدين إلى درجة النزيف أو القرص أو شد شعر رأسه إلى درجة اقتلاع الشعر من مكانه ،وقد يلجأ إلى عض الآخرين أو لكمهم بكل قوة أو شد وقرص أو خدش يد الآخرين بأظافره وأيضا يتمثل في قبض بعض عضلات الجسم وشدها إلى درجة التشنج مثل شد الرقبة أو الأيدي أو الأرجل أو الأصابع.

---

(١)M.G.Gelder, op. cit,p ١٧٢٣ .

١) فضيلة توفيق الراوي: نفس المصدر السابق ،ص ٢١ .

٢-١-٤ التمرين وأهمية التربية الرياضية للأطفال المتوحدين :

(يمكن خفض السلوكيات الشاذة من خلال تمارين جسدية متزامنة أو غير متزامنة يتضمن التمرين المتزامن ممارسة الشخص لتمرين جسدي بعد ظهور السلوك غير مرغوب به ، والتمرين الغير المتزامن هو إشغال الفرد بأنشطة وتمارين مكثفة قبل دخول المواقف التي يتوقع فيها ظهور صعوبات فقد تطلب من الفرد إن يقف...لعشرة مرات للسلوك العدواني (Farrar – Schneider , ١٩٩٤).)

ويجب مراعاة وتنفيذ ما يلي :-

حدد وعرف السلوك المستهدف .

حدد نوع الممارسة الحركية الذي سوف يقوم به الفرد.

حدد المواقف التي سوف تستعمل فيها .

قام اليسون وزملائه (Allisonetal . ١٩٩١) باستعمال تمرين قبلي لخفض سلوك العدوان لدى شخص توحدي، وتمثل التمرين بأن يدفع الشخص ألتوحدي شيئاً لمدة عشرين دقيقة في كل .... لقد أدى الإجراء إلى انخفاض ملحوظ لسلوك العدوان أكثر من استعمال الأدوية لوحدها . (١)

تتأثر مستويات النشاط الرياضي وسلوكيات الأطفال المتوحدة بشكل ايجابي من خلال ممارسة البرامج الرياضية المنتظمة، حيث تقدم الأنشطة الرياضية فوائد متنوعة للاطفال المتوحدين فهي تعمل على (٢):

زيادة فترة الانتباه .

توجيه السلوك نحو أداء المهمة .

زيادة مستوى الأداء الجسمي .

ضبط السلوكيات الغير مناسبة والمصاحبة للتوحد(العدوان،الإثارة الذاتية، فرط النشاط،القلق).

تنشيط الجهاز الدوراني (القلب ، والأوعية الدموية) .

تحقيق الاستمتاع والاستجمام والترويح للأفراد المتوحدين .

---

(١) نوال سامي شحاته : نماذج لبعض وسائل وبرامج التدخل لتنمية وتسيب أطفال الاوتستيك ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، العدد ٥٥ ، السنة الخامسة عشر سبتمبر ، ١٩٩٨ ، ص٥٥-٥٦.

(٢ أبراهيم عبدالله فرج الزريقات : التوحد الخصائص والعلاج ،ط١،عمان،دار الفكر العربي ، ٢٠٠٤.

زيادة مستوى الاستجابة الصحيحة .

٢-٢ الدراسات المشابهة :

٢-٢-١ – دراسة حساني ٢٠٠٥ [1] :

عنوان الدراسة :

(قياس مدى فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي عند الأطفال التوحد)

أجرى حساني في هذا الصدد دراسة هدفت إلى قياس مدى فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي عند الأطفال المصابين بالتوحد .

تكونت عينة البحث من (٢٠) طفلاً مصاباً بالتوحد قسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية خضعت للبرنامج التعليمي لتنمية الاتصال اللغوي والأخرى ضابطة لم تتبع البرنامج التعليمي باللعب .

ومن ضمن النتائج التي توصلت أليها الدراسة ما يلي:-

وجود فروق في مهارة التقليد قبل تطبيق البرنامج وبعده ولصالح الاختبار ألبعدي للمجموعة التجريبية.

وجود فروق في مهارة الفهم والمعرفة قبل تطبيق البرنامج وبعده ولصالح الاختبار ألبعدي للمجموعة التجريبية.

وجود فروق في مهارة توظيف المفاهيم قبل تطبيق البرنامج لصالح الاختبار ألبعدي للمجموعة التجريبية.

٣- منهجية البحث وإجراءاته الميداني :-

٣-١ منهج البحث

استعمل الباحث المنهج التجريبي لملائمته لطبيعة المشكلة لتحقيق أهداف البحث وفروضه إذ أن(المنهج التجريبي يعد الاختيار الحقيقي للعلاقات الخاصة بالسبب أو الأثر ويمثل الاقتراب الأكثر صدقا لحل العديد من المشكلات العلمية بصورة عملية إذ أن ما يميز النشاط العلمي الدقيق واستخدام التجربة) [1] بأسلوب المجموعة التجريبية الواحدة ذات الاختبار القبلي والبعدي .

---

(١) سامر عبد الحميد حساني : فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد ، رسالة ماجستير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة الاردنية ، ٢٠٠٥ .

(١) وجيه محجوب :طرائق البحث العلمي ومناهجه ،ط ٢،بغداد ، دار الحكمة للطباعة والنشر ،١٩٩٣، ص ٣٣.

٣-٢ مجتمع البحث وعينته :

أن الأهداف التي يضعها الباحث لبحثه والإجراءات التي يتبعها ستحدد طبيعة العينة التي تختارها وعليه أن نختار عينة بحثية والتي تكون ممثلة تمثيلا حقيقيا لمجتمع الأصل أي بمعنى أن (العينة عبارة عن المجتمع الإحصائي الأصلي بكل خصائصه ولكن بصورة مصغرة وإنها تمثيل للمجتمع الإحصائي الذي سحبت منه) (١) .

قام الباحث بأجراء مسح لأعداد الأطفال المصابين والمشخصين بطيف التوحد لمحافظة بغداد (الكرخ- الرصافة) والمتواجدين في المعاهد الرسمية والبالغ عددهم (٥) معاهد، حيث بلغ عدد الأطفال المصابين المتواجديين في هذه المعاهد بعدد (١١٥) طفل والموزعين على هذه المراكز وكما مبين بالجدول (١) .

جدول (١) يبين العدد الكلي للأطفال المصابين بطيف التوحد

ت	المعهد	الكرخ		الرصافه		مج
		ذكور	إناث	ذكور	إناث	
١ .	معد الرحمن التخصصي لرعاية التوحد .	٣١	١٦			٤٧
٢.	معهد رامي للتوحد واضطرابات النطق .	٢٧	٨			٣٥
٣ .	معهد النهال لرعاية للتوحد والمعوق الذهني.			١٢	٨	٢٠
٤.	معهد الصفا لرعاية التوحد والمعوق الذهني.			٦	٢	٨
٥.	معهد النور لرعاية التوحد وصعوبات التعلم			٤	١	٥
مج		٥٨	٢٤	٢٢	١١	١١٥

وبعد الاطلاع على الأطفال المصابين واللقاء مع مدراء المعاهد والأطباء المرافقين لهذه المعاهد تبين وجود حالات لا يمكن علاجها بسهوله إلا على المدى البعيد وان احتمالية التطور بطيئة جداً للعناية المنفردة الخاصة لذلك وبسبب ملائمة التمارين الحركية لفئة معينه من الأطفال المصابين بطيف التوحد ، لجأ الباحث إلى إحصاء عدد الأطفال المصابين بطيف التوحد وحسب المراكز المذكورة سابقاً للمرحلة المتوسطة وكما مبين بالجدول(٢) .

---

(١) محمد نصر الدين رضوان :الإحصاء الاستدلالي في علوم التربية البدنية والرياضية ، القاهرة ، دار الفكر العربي ،٢٠٠٣ ، ص١٦.

جدول(٢) يبن مجتمع البحث للمصابين بطيف التوحد لمتوسط الشدة

ت		المـــعهد	مج المصابون بطيف التوحد لمتوسط الشدة		مج	النسبة المئوية
			ذكور	إناث		
١.	الكرخ	معد الرحمن التخصصي لرعاية التوحد .	٨	صفر	٨	
٢.		معهد رامي للتوحد واضطرابات النطق .	٧	١	٨	
٣.	الرصافه	معهد النهال لرعاية للتوحد والمعوق الذهني .	٥	٤	٩	
٤.		معهد الصفا لرعاية التوحد والنعوق الذهني	٤	١	٥	٣٣,٣ ٠/٠
٥.		معهد النور لرعاية التوحد وصعوبات التعلم	صفر	صفر	صقر	
المجموع			٢٤	٦	٣٠	

قام الباحث باختيار(مركز الرحمن التخصصي لرعاية التوحد)عمداً ليكون بعض أطفال هذا المركز عينة البحث وبالطريقة العشوائية وللذكور فقط وللأسباب التالية :

الخبرة المتراكمة لمديرة ومعلمات والموظفين.

احتواءه على عدد كبير من المصابين المشخصين بداء التوحد لاسيما وللمرحلة المتوسطة إذ بلغ عددهم (٨) من أصل (٢٤) طفل مصاب وهو مجتمع البحث الأصلي.

تم تشخيص غالبية أطفال المعهد على وفق أساليب علمية وصحية من قبل استشاريين في الطب النفسي وعلم النفس السريري .

غالبية أطفال المعهد مشخصين ومصنفين حسب نسب ذكائهم، مما لا تتوافر هذه المعايير في باقي المعاهد.

وبناءا على ذلك بلغت عينة البحث (٨) الفئة المتوسطة للمصابين بطيف التوحد للذكور وشكلت النسبة (٣٣٬٣ %) من المجتمع الأصلي .

كما استخدم الباحث أسلوب المجموعة الواحدة ذات الاختبار القبلي والبعدي ولم يلجأ الباحث إلى أجراء التجانس والتكافؤ واكتفى بتشخيص الأطباء الأخصائيين وفق مقياس لديهم على أن العينة في المرحلة العمرية الثانية وحسب تقسيم الجمعية الأمريكية (Autism society of America) لهذا النوع من الداء.

٣-٣ تجانس العينة :

عد الباحث العينة متجانسة ومتكافئة من حيث مستوى الذكاء والعمر الزمني والعقلي والحالة المرضية حسب تشخيص الأطباء النفسيين الخاصين بالمعهد (تقرير اللجنة الطبية والعلمية المشكلة في معهد الرحمن)

٣-٤ الأدوات والأجهزة و الوسائل المساعدة :

٣-٤-١ الوسائل البحثية :

" هي الوسيلة أو الطريقة التي يستطيع بها الباحث حل مشكلته مهما كانت تلك الأدوات ، عينات ، أجهزه ، بيانات " [١].

ولغرض الحصول على البيانات والمعلومات المطلوبة استعان الباحث بالوسائل البحثية التالية :

المصادر والمراجع العربية والأجنبية .

المقابلات الشخصية .

استمارة الملاحظة .

استمارة لتسجيل البيانات .

السجلات الخاصة بالأطفال

شبكة المعلومات الالكترونية الدولية .

٣- ٤-٢ الأجهزة والأدوات المستخدمة في البحث :

حابيه الكترونية يدوية من نوع kadio عدد (١) .

كاميرا فيديو نوع sony عدد (١).

كرات ملونه مع كرات مطاطية عدد (١٠).

أشرطه لاصقة ، أعلام ، أطواق ملونة

بالونات مختلفة الألوان والإحجام.

ساعة توقيت إلكترونيه .

دمى كبيرة عدد(٢).

---

(١) وجيه محجوب : نفس المصدر السلبق ،ص ٢٦٣.

فاكهه صناعية ملونه .

٣-٥ إجراءات البحث الميدانية:

٣- ٥- ١ التجربة الاستطلاعية:

قام الباحث بإجراء التجربة الاستطلاعية على (٣) أطفال من فئة طيف التوحد بدرجة متوسط الشدة وهي من خارج عينة المركز(معهد رامي لتوحد واضطراب النطق) ولمدة (٨ أيام) وذلك لمعرفة ملائمة التجربة على الأطفال . الهدف الرئيسي للتجربة الاستطلاعية الوقوف على الصعوبات عامة التي قد تواجه الباحث مستقبلا وتحقق ما يأتي:

التأكد من إمكانية مراقبة جميع أفراد العينة فيما يخص تثبيت الأبعاد المناسبة لنصب الكامرة ومدى الرؤية ووضوح الصورة .

التأكد من إمكانية سلامة وصلاحية الأجهزة والأدوات والمستلزمات المستخدمة.

٣ -٥- ٢ التصوير الفيديو وإجراءات التحليل (تحديد السلوكيات):

لأجل الوقوف على المتغيرات السلوكية العدوانية لدى الأطفال ومدى ظهورها ومن أجل الحصول على صيغة علمية لدراسة هذه المتغيرات استخدم الباحث التصوير الفيديو إذ يعد التصوير الفيديو (من الوسائل المهمة في اكتشاف المتغيرات وضبط مدى تقارب أو تباعد مستويات السلوك لدى الأطفال)[١] .

وعن طريق التصوير تمكن الباحث من مراقبة الطفل المراد دراسة سلوكه وتدوين السلوك بعد نهاية كل (٦٠ دقيقه) واحتساب التكرارات وفق استمارة التحليل لسلوك الطفل. وعلى هذا الأساس تم تصوير عينة البحث بآلة تصوير لمراقبة المصابين بكاميرا ذات سرعة تردد ٢٤ صورة/ث ونصبت آلة التصوير الفيديو بحيث تغطي القاعة الدراسية بالكامل ومن أربع جوانب ومن ثم الحصول على البيانات المعنية بالمتغيرات السلوكية لغرض دراستها وتدوين تكرارها بغية وضع الممارسة النشاط الرياضي الحركية للوصول إلى أهداف البحث عن طريق نظام الملاحظة (نظام العلامات) بعد الفهم والاستيعاب لكل نمط سلوكي وإعطاء تعريف لكل حاله من المصاب ومن خلال أجراء التحليل للتصوير الفيديو الذي تم تصويره أمكن الباحث من تحديد (٨) سلوك .

١- فؤاد توفيق السامرائي: البايوميكانيك والرياضة، الموصل، مديرية دارا لليث للطباعة والنشر،١٩٨٨، ص ٣٢٨ .

جدول (٣) يبين السلوكيات العدوانية لدى عينة البحث

ت	السلوكيات العدوانية
١	اللعب بالأشياء بشكل غير ملائم (يكسرها ويتلفها)
٢	تمزيق الأوراق بشكل قصاصات.
٣	يصفع أو يضرب نفسه أو عض اليدين أو شد الشعر .
٤	قبض بعض عضلات الجسم وشدها إلى درجة التشنج .
٥	بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة .
٦	مسك قبض الباب وتحريكه باستمرار وبغضب.
٧	لكم الآخرين وخدشهم بالأظافر .
٨	الركض بشكل سريع ودفع الحائط بقوة .

٣ - ٥ -٣ الاختبارات القبلية :

بعد تحديد السلوكيات العدوانية من خلال تحليل التصوير الفيديو وكما مبين سابقا في الجدول (٣) أن هنالك (٨) سلوك (قيد البحث) تم إجراء الاختبار القبلي وذلك بتصوير عينة البحث وتدوين السلوكيات من خلال التصوير وحساب تكرار كل سلوك خلال (١٠) أيام بواقع حصة تعليمية واحدة *مدتها (٦٠) دقيقه للحصة الواحدة كل يوم وقد أستعمل الباحث استمارة الملاحظة لتفريغ البيانات وحساب تكرارات السلوكيات (قيد البحث).

أجريت الاختبارات القبلية اعتباراً من يوم ٧/١٠ /٢٠١١ م ولغاية ٢٠/ ٧/ ٢٠١١م وذلك في أوقات مختلفة للمراقبة صباحاً أو ظهراً مع تحديد هذه الأوقات والتوقيتات وذلك للالتزام بها عند أجراء الاختبار البعدي .

تم جراء الاختبار القبلي داخل قاعة الألعاب في مركز الرحمن .

٣ – ٥- ٤ تطبيق البرنامج:

قام الباحث بتطبيق تمرينات النشاط الرياضي بعد المتآلفة والمعايشة مع الأطفال في المركز والمعدة مسبقا بتاريخ ٢٥ / ٢٠١١/٧ ولغاية ٢٥/ ٩ / ٢٠١١ ويشمل البرنامج على مجموعة من التمارين التي أعدها الباحث على مجموعة وشملت مدة تطبيق البرنامج ثلاثة أشهر والذي اجري البرنامج في صالة للألعاب الرياضية وفي وقت الدرس وكان زمن الدرس (٦٠) دقيقة بمساعدة الكوادر المساعدة وقد يزيد الوقت إلى الساعة عند تطبيق النشاط الرياضي وذلك لصعوبة أدراك العقلي للطفل.

وصف النشاط الرياضي الذي قام به الباحث بتطبيقه :

بلغت مدة الممارسة النشاط الرياضي المنهج التعليمي (٨) أسبوع .

يحتوي كل أسبوع على (٣) وحدات (نشاط حركي ــ ممارسة النشاط الرياضي حركيه)وبذلك بلغت عدد الوحدات(٢٤) وحدة في مدة(٢) شهر.

يبلغ زمن النشاط الحركي (٦٠) دقيقة وبذلك يبلغ الزمن الكلي في الأسبوع الواحد (١٨٠) دقيقة أسبوعياً

وبذلك فإن الحجم الكلي في مجمل فترة الممارسة (٢) شهر (٩٨٠) دقيقة- أن كل وحدة لنشاط حركي تحتوي على (١٢) دقيقة للقسم التحضيري (٤٠) دقيقة للقسم الرئيسي و(٨) دقائق للقسم الختامي .

٣ - ٥-٥ الاختبارات البعدية:

تم إجراء الاختبارات البعدية على أفراد العينة بنفس نظام الملاحظة المتبع بالاختبار القبلي في الأيام ٢٠١١/٩/٢٧ وبعد الانتهاء من فترة ممارسة النشاط الرياضي .

٣ - ٥ - ٦ الوسائل الإحصائية :

الوسيط.　　　٢. الانحراف الربيعي.　　　٣. مربع كا٢.

٤ - عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها :

بعد الانتهاء من أجراء الاختبارات القبلية والبعديه على عينة البحث،قام الباحث بمعالجة النتائج إحصائياً وفيما يأتي عرضاً للنتائج وتحليلها وبحسب ما مبين في الجداول وتوضيح الأسباب التي أدت أليها:

جدول (٤)

يبين الوسيط والانحراف الربيعي للسلوكيات العدوانية

قيد البحث للاختبارات القبلية وألبعديه

ت	السلوكيـــــــات	الاختبار القبلي		الاختبار ألبعدي	
		الوسيط	الانحراف الربيعي	الوسيط	الانحراف الربيعي
١	اللعب بالأشياء بشكل غير ملائم (يكسرها ويتلفها)	٩.٥	٢.٥	٤.٥	٢.٢٥
٢	تمزيق الأوراق بشكل قصاصات .	٤.٥	٣.٢٥	٢.٥	١.٢٥
٣	يصفح أو يضرب نفسه أو عض اليدين أو شد الشعر .	٤	١.٥	٣	٠.٧٥
٤	قبض بعض عضلات الجسم وشدها إلى درجة التشنج .	٣	١.٢٥	٣	٠.٢٥
٥	بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة	١١	٣	٧.٥	١.٢٥
٦	مسك مقبض الباب وتحريكه باستمرار وبغضب.	٤	٢	٢.٥	١.٥
٧	لكم الآخرين وخدشهم بالأظافر .	٢٣	٢.٢٥	١٩.٥	٢.٧٥
٨	الركض بشكل سريع ودفع الحائط بقوة	٤١.٥	١.٧٥	٣٥.٥	٢

ولغرض التعرف على دلالة الفروق بين الاختبارين القبلي وألبعدي، ولكل سلوك من السلوكيات قام الباحث باستعمال معامل مربع كاي٢ (Q٢) وقد توصل إلى النتائج الموضحة الآتية:

٤-١عرض وتحليل ومناقشة سلوك الحركي العشوائي (يستخدم اللعب بشكل غير ملائم)

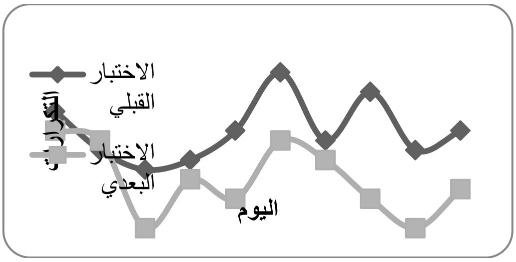
جدول (٥)

يبين مربع كا^{٢} والدلالة للسلوك العدواني

(يستخدم اللعب بشكل غير ملائم (يكسرها ويتلفها)

المتغير	كا٢المحسوبة	الدلالة المعنوية
اللعب بالأشياء بشكل غير ملائم (يكسرها ويتلفها)	١٦.٦٧	معنوي

من ملاحظة الجدولين(٤،٥) يبين وجود فروق ذات دلالة معنوية بين الاختبار القبلي وألبعدي للسلوك العدواني (اللعب بالاشياء بشكل غير ملائم) لدى عينة البحث تحت مستوى دلالة (٠,٠٥) آذ بلغت قيمة الوسيط (٩.٥) للاختبار القبلي والانحراف الربيعي (٢.٥) آذ كانت قيمة الوسيط للاختبار ألبعدي (٤.٥) والانحراف الربيعي (٢.٥) وكانت بلغت قيمة كا٢ المحسوبة (١٦.٦٧) وهي دالة ، ويظهر الشكل (١) مقدار الفرق في السلوك بين الاختبارين القبلي وألبعدي.



الشكل (١) يوضح التغير في السلوك العدواني اللعب بالأشياء بشكل غير ملائم (يكسرها ويتلفها) للاختبارين القبلي والبعدي

ويعزو الباحث سبب الحصول على هذه النتيجة إلى أن ممارسة النشاط الرياضي أثر بشكل ايجابي وملموس في طفل التوحد حيث إذ إن طفل التوحد يستخدم عينيه في النظر إلى الأشياء والحركات المحيطة به والأشخاص المتحركين من حوله كما يستخدم الحركات في عملية التلقين والنمذجة حيث يمارس طفل التوحد هذا النوع من ألألعاب والممارسة النشاط الرياضي بوجود الراشدين ممن حولهم لتأمين حالة من الشعور بالأمن والطمأنينة والاستقرار حيث إعطاءه فرصة بعد أخرى بعد إن يتم تعليمه كيفية عدم تكرار هذه السلوكيات وإفهامه معايير الخطأ والصواب عن طريق تقليد حركات الراشدين .

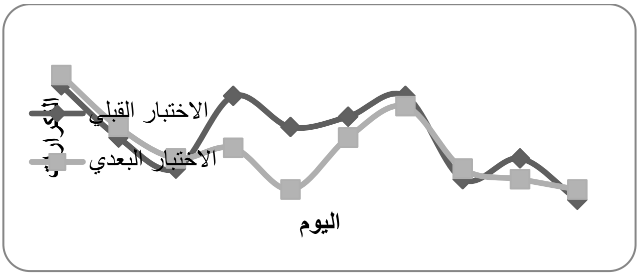
٤-٢ عرض وتحليل ومناقشة السلوك العدواني تمزيق ألأوراق بشكل قصاصات .

جدول (٦)

يبين مربع كا ٢ والدلالة للسلوك العدواني(تمزيق الأوراق بشكل قصاصات)

المتغير	كا٢المحسوبة	الدلالة المعنوية
تمزيق الأوراق بشكل قصاصات	١١٠٥٤	معنوي

من خلال الجدولين(٦،٤) يبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الاختبار القبلي والبعدي للسلوك العدواني تمزيق ألأوراق بشكل قصاصات لعينة البحث تحت مستوى دلالة (٠,٠٥) آذ بلغت قيمة الوسيط (٤.٥) للاختبار القبلي والانحراف الربيعي (٣.٢٥) آذ كانت قيمة الوسيط للاختبار ألبعدي (٢.٥) والانحراف الربيعي (١,٢٥) آذ بلغت قيمة كا٢ المحسوبة (١١.٥٤) ، يظهر شكل(٢) مقدار تخفيف السلوك بين الاختبارين القبلي وألبعدي.



الشكل (٢) يوضح التغير في السلوك العدواني تمزيق الأوراق بشكل قصاصات للاختبارين القبلي وألبعدي.

ويعزو الباحث سبب الحصول على هذه النتيجة إلى أن الممارسة النشاط الرياضي أثر بشكل كبير وايجابي على أفراد العينة وذلك بسبب أن طفل التوحد يميل إلى ممارسة نشاط اللعب على اختلاف أنواعه مما يجعل أحساسة المتعة بالألعاب مثل ألعاب الطين الاصطناعي التراب وكذلك اللعب بالكرات الملونة وغيرها مما ينسجم مع ميلة للامساك بالأشياء واللعب بها مما زادت هذه الحركات لدية من التخفيف من السلوك أعلاه.

جاء ذلك موافقاً مع رأي (هناء مزعل الذهبي ، ٢٠١٠) " إن الأطفال ألتوحد يون لا يستطيعون اللعب بطريقة بنائه وفاعله فهم غالبا ما يمزقون أوراق الكتب وغيرها من الأشياء لذلك فالتراب والماء والطين الصناعي والأنشطة الرياضية هي أشياء تقل إثارة الطفل من هذا السلوك "(١)

٤-٣ عرض وتحليل ومناقشة السلوك العدواني (يصفع أو يضرب نفسه أو عض اليدين أو يشد الشعر) :

---

(١) هناء مزعل الذهبي : طفل التوحد ، كيف تتعرف عليه ، جامعة بغداد ، مركز الدراسات التربوية للأبحاث النفسية ، وحدة الإصدارات والمطبوعات ، العراق ، ٢٠١٠ ، ص٦١ .

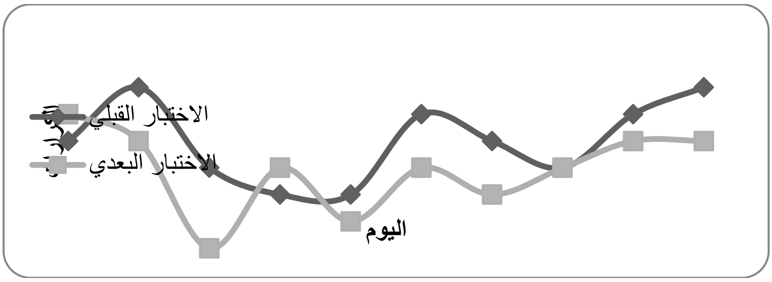
جدول (٧)

يبين مربع كا٢ والدلالة للسلوك العدواني

(يصفع أو يضرب نفسه أو عض اليدين أو يشد الشعر)

المتغير	كا٢المحسوبة	الدلالة المعنوية
يصفع أو يضرب نفسه أو عض اليدين أو يشد الشعر	١.٧٥	غير معنوي

من ملاحظة الجدولين (٧،٤) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين الاختبار القبلي والبعدي للسلوك العدواني (يصفع أو يضرب أو يعض اليدين أو يشد الشعر) لعينة البحث تحت مستوى دلالة (٠.٠٥) آذ بلغت قيمة الوسيط (٤) للاختبار القبلي والانحراف الربيعي (١.٥) بينما قيمة الوسيط للاختبار ألبعدي (٣) والانحراف الربيعي (٠.٧٥) وبلغت قيمة كا٢ المحسوبة (١.٧٥) وهي غير دالة معنوياً ولكن في حقيقة الأمر هناك تخفيف في عدد مرات تكرار السلوك العدواني مابين الاختبارين القبلي والبعدي لكنه لا يرتقي للمعنوية ، وكما موضح بالشكل (٣).



الشكل (٣) يوضح التغير في سلوك

(يصفع أو يضرب نفسه أو عض اليدين أو يشد الشعر) للاختبارين القبلي والبعدي.

ويعزو الباحث سبب الحصول على هذه النتيجة إلى صغر فترة التمرين وعدم تفريغ الطاقة لدى أطفال التوحد على الرغم من محاولة الباحث إخراجهم من عالمهم وعدم السماح لهم بالسلوك العدواني عن طريق ممارسة الألعاب الرياضية وذلك من أجل التخفيف من السلوك العدواني

للأطفال وإدخال روح المتعة والسرور وجاء ذلك منسجما مع رأي (تساي لايك ، ٢٠٠٠ : Tsai , like) الذي أكد انه " لا يمكن إن تخفض من السلوك وإيذاء الذات للطفل ألتوحدي وذلك بتجاهل السلوك المستهين وتعزيز السلوك الجيد وان تفريغ الطاقة الزائدة لديه صحيحة تؤدي بالنتيجة إلى الابتعاد عن إيذائه والآخرين "(١) .

٤-٤ عرض وتحليل ومناقشة السلوك العدواني (قبض بعض عضلات الجسم وشدها إلى درجة التشنج) :

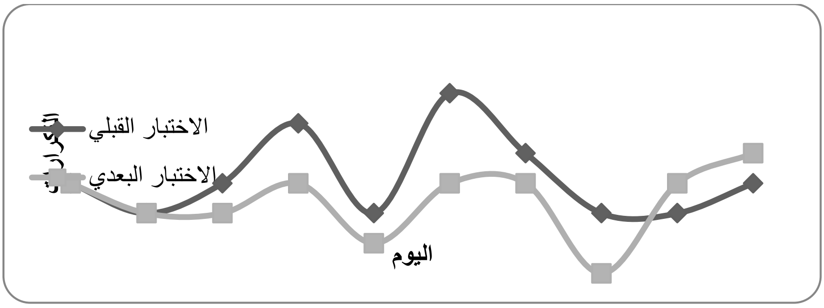
جدول (٨)

يبين مربع كا٢ والدلالة للسلوك العدواني

(قبض بعض عضلات الجسم وشدها إلى درجة التشنج)

المتغير	كا٢المحسوبة	الدلالة المعنوية
قبض بعض عضلات الجسم وشدها إلى درجة التشنج	٠.٢٩	غير معنوي

من ملاحظة الجدولين (٨،٤) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين الاختبار القبلي وألبعدي للسلوك العدواني (قبض بعض عضلات الجسم وشدها إلى درجة التشنج) لعينة البحث تحت مستوى دلالة (٠.٠٥) بينما بلغت قيمة الوسيط (٣) للاختبار القبلي والانحراف الربيعي (١.٢٥) آذ كانت قيمة الوسيط للاختبار ألبعدي (٣) والانحراف الربيعي (٠.٢٥) وبلغت قيمة كا٢ المحسوبة (٠.٢٩) وهي غير دالة معنوياً وفي حقيقة الأمر هنالك فرق بين الاختبارين ولكن لا يرتقي للمعنوية وكما موضح بالشكل (٤) .



الشكل (٤) يوضح التغير في سلوك

(١) Tsai , like (٢٠٠٠) . Learn Abont Autism Ather Developmental Disabitities , Vol . ١٥ lssue , p٢٥٠

(قبض بعض عضلات الجسم وشدها إلى درجة التشنج) للاختبارين القبلي وألبعدي .

ويعزو الباحث سبب الحصول على هذه النتيجة إلى إن طفل التوحد له ضعف في قدرته على اللعب الإبداعي ويرفض إن يجري أكثر الأشياء بسبب التوتر والخوف وعدم الاستقرار لديهم فيجب تشجيع طفل التوحد على الأنشطة البدنية الممتعة التي لا تحتاج إلى الخيال محاولة التغلب على هذا الخوف الذي يسبب قبض في عضلات الجسم وشدها وتشنجها بالمتعة التي توجد في هذه الممارسة النشاط الرياضي كما أكدها (لورنج وينج ١٩٧٣) " إن قذف الكرة والإمساك بها ونظراً للمشاكل التي لدى طفل التوحد بالنسبة للتحكم العضلي تجعل مثل هذه ألألعاب البسيطة صعبة عليه "(١) .

٤-٥ عرض وتحليل ومناقشة السلوك العدواني بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة :

جدول (٩)

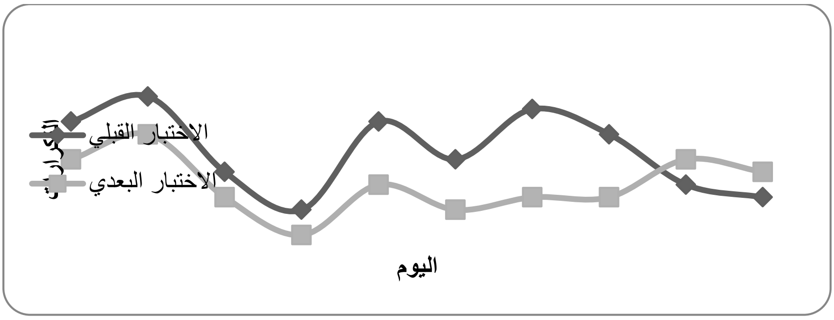
يبين مربع كا٢ والدلالة للسلوك العدواني

(بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب معروفة أو غير معروفة)

المتغير	كا٢المحسوبة	الدلالة المعنوية
بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب معروفة أو غير معروفة	٣.٩٠	معنوي

من خلال الجدولين (٩،٤) يبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الاختبار القبلي وألبعدي للسلوك العدواني بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة لعينة البحث تحت مستوى دلالة (٠,٠٥) آذ بلغت قيمة الوسيط (١١) للاختبار القبلي والانحراف الربيعي (٣) وكانت قيمة الوسيط للاختبار ألبعدي (٧.٥) والانحراف الربيعي (١.٢٥) وبلغت قيمة كا٢ المحسوبة (٣.٩٠) ،يظهر شكل (٥) مقدارالفرق في تخفيف السلوك بين الاختبارين القبلي وألبعدي.

(١) Lorna wing , Short bcoklet describing autistic children and giving some practical advice , especially suitable for the child , London ١٩٧٣ , p٦٥.



الشكل (٥) يوضح التغير في سلوك بكاء ونوبات غضب شديدة لاسباب غير معروفة للاختبارين القبلي وألبعدي.

ويعزو الباحث سبب الحصول على هذه النتيجة بدلالة معنوية هو بأشغال أطفال التوحد بالممارسة النشاط الرياضي ومنحه العديد من التدريبات فيها التي أدت إلى شغل وقته وهو الجزء الأهم في حياته التي تؤدي إلى خفض من حدة الغضب والتقليل من شأنها كما استعمل الباحث مبدأ المكافأة من خلال الأنشطة المتعلقة باللعب وتجنب مبدأ العقاب جاء ذلك متفقاً مع رأي (أسامة مصطفى) " إن شغل أوقات الطفل ألتوحدي بما ينفعه ويما يتفق إمكانية ميوله وبالنشاط المحبب وان يجد فرصة للعب في الهواء الطلق يريح الأعصاب ويجدد النشاط وتهدأ أعصابه وتقل انفعالاته "[١]

٤-٦ عرض وتحليل ومناقشة السلوك العدواني مسك مقبض الباب وتحريكه باستمرار وبغضب :

(١)أسامة فاروق مصطفى،:مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية،عمان،دار المسيرة للنشر والتوزيع ، ط٢، ٢٠١٢ ..

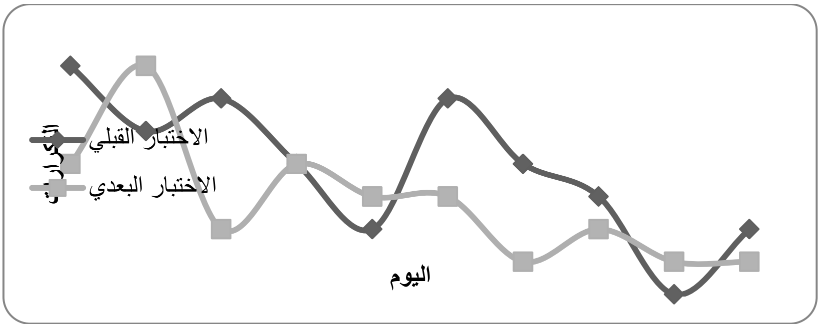
جدول (١٠)

يبين مربع كا٢ والدلالة للسلوك العدواني

(مسك مقبض الباب وتحريكه باستمرار)

المتغير	كا٢المحسوبة	الدلالة المعنوية
مسك مقبض الباب وتحريكه باستمرار وبغضب	١.٨١	غيرمعنوي

من خلال الجدولين(١٠،٤) يبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الاختبار القبلي وألبعدي للسلوك العدواني مسك مقبض الباب وتحريكه باستمرار لعينة البحث تحت مستوى دلالة (٠,٠٥) آذ بلغت قيمة الوسيط (٤) للاختبار القبلي والانحراف الربيعي (٢) بينما كانت قيمة الوسيط للاختبار ألبعدي(٢.٥) والانحراف الربيعي(١.٥) وبلغت قيمة كا٢ المحسوبة (١.٨١)، يظهر شكل(٦) مقدار تخفيف السلوك بين الاختبارين القبلي وألبعدي.



الشكل (٦) يوضح التغير في سلوك

مسك قبض الباب وتحريكه باستمرار للاختبارين القبلي وألبعدي.

ويعزو الباحث سبب الحصول على نتائج غير معنوية إلى إن الممارسة النشاط الرياضي لم تؤثر بشكل ايجابي ويرجع السبب إلى إن أطفال التوحد لهم حب الروتين اليومي ورفض أي تغيير يطرأ عليهم فترة زمنية قصيرة فأنهم يحتاجون إلى وقت اكبر من اجل تغيير هذا الروتين جاء ذلك موافقا لرأي (كوبرTerri Cooper) الذي أكد إن البرامج التي أثبتت فاعليتها من خلال

العمل مع الأطفال المتوحدين التي اعتمدت في الأساس على التركيز على الخاصية التي تمر فيها العديد من الأطفال المتوحدين وهي حب الروتين ورفض التغيرات التي تحدث في البيئة "(إن المهارات الأكاديمية يجب إن تركز على تقديم المعلومات الأولية والعامة التي تحتاج إليها الطفل ألتوحدي في حياته).[١]

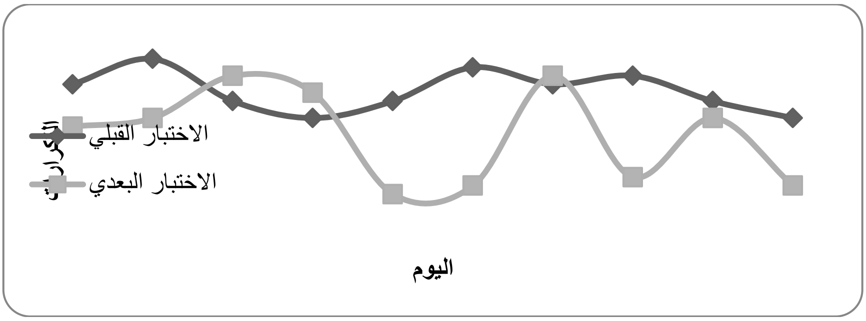
٤-٧ عرض وتحليل ومناقشة السلوك العدواني (لكم الآخرين وخدشهم بالأظافر)

جدول (١١)

يبين مربع كا٢ والدلالة للسلوك العدواني (لكم الآخرين وخدشهم بالأظافر)

المتغير	كا٢المحسوبة	الدلالة المعنوية
لكم الآخرين وخدشهم بالأظافر	٥.٨٣	معنوي

من ملاحظة الجدولين(٤،١١) يبين وجود فروق ذات دلالة معنوية بين الاختبار القبلي وألبعدي للسلوك العدواني (لكم الآخرين وخدشهم بالأظافر) لعينة البحث تحت مستوى دلالة(٠,٠٥) آذ بلغت قيمة الوسيط (٢٣) للاختبار القبلي والانحراف الربيعي (٢.٢٥) آذ كانت قيمة الوسيط للاختبار ألبعدي (١٩.٥) والانحراف الربيعي (٢.٧٥) وبلغت قيمة كا٢ المحسوبة (٥.٨٣) وهي دالة معنوياً ، ويظهر الشكل (٧) مقدار تخفيف السلوك بين الاختبارين القبلي وألبعدي.



الشكل (٧) يوضح التغير في سلوك

(لكم الآخرين وخدشهم بالأظافر) للاختبارين القبلي وألبعدي.

(١)Terr Cooper , S. ٢٠ways to Provide Structure for children with lparning and behavior problem .vol ٤٠ , No ,٣, PP١٨٢-١٨٧,٢٠٠٠

ويعزو الباحث سبب الحصول على هذه النتيجة بدلالة معنوية والتي أن ممارسة النشاط الرياضي اثر بشكل مباشر في هذا السلوك حيث استخدم الباحث مبدأ المكافأة بعد كل عمل ايجابي والابتعاد عن العقاب في هذا السلوك من الحث الأسري وبرامج المعهد المعدة لهذا السلوك وعن طريق التعليم المنتظم واللعب الجماعي مع أقرانه لعمل الألفة فيما بينهم معه والابتعاد عن العدوانية بالمشاركة بالألعاب وتحميل طفل ألتوحدي تمارين مكثفة من اجل أشغاله لمثل هذا السلوك وجاءت هذه النتيجة موافقة لرأي (بوير Baure) إن تعليم الأطفال المتوحدين عن طريق اللعب الجماعي مع الرفاق هو الطريقة الفاعلة لتحسن التفاعل الاجتماعي في أوضاع الدمج وتهدف هذه الطريقة إلى زيادة السلوكيات الاجتماعية الصحيحة للأطفال المتوحدين كالدمج مع الأطفال الأسوياء "[١] .

كما أشار (أمام محمد قزاز) إلى " إن الأطفال ألتوحديون يظهرون زيادة تدريجية في التفاعل الاجتماعي والتقليل من نشاط العزلة عندما يشاركون اقرأنهم في الصف من خلال نموذج السلوك الاجتماعي وألالعاب المتنوعة واخذ الأدوار "[٢] .

٤-٨ عرض وتحليل ومناقشة السلوك العدواني (الركض بشكل سريع ودفع الحائط بقوة):

جدول (١٢)

يبين مربع كا^2 والدلالة للسلوك العدواني

(الركض بشكل سريع ودفع الحائط بقوة)

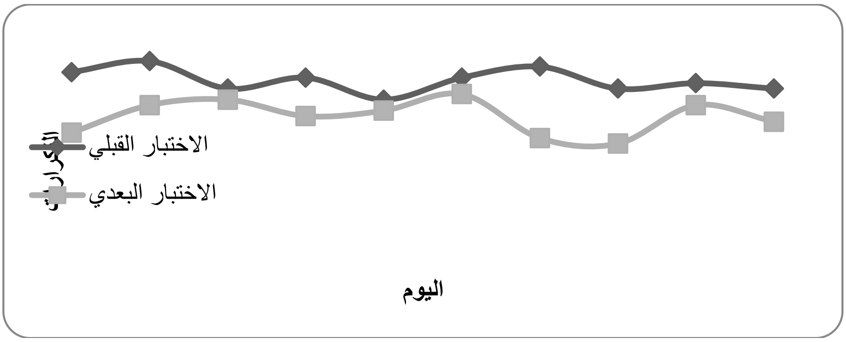
المتغير	كا٢المحسوبة	الدلالة المعنوية
الركض بشكل سريع ودفع الحائط بقوة	٥.٧٠	معنوي

من ملاحظة الجدولين(١٢،٤) يبين وجود فروق ذات دلالة معنوية بين الاختبار القبلي وألبعدي للسلوك العدواني (الركض بشكل سريع ودفع الحائط بقوة) لعينة البحث تحت مستوى دلالة (٠,٠٥) آذ بلغت قيمة الوسيط (٤١.٥) للاختبار القبلي والانحراف الربيعي (١.٧٥) بينما كانت

(١) Bauer , S , Autism and the pervasive development disorder pedi atricsin Review , ١٩٩٥ , p١٣٠-١٣٦ .

(٢)أمام محمد قزاز : بناء مقياس لتشخيص السلوك ألتوحدي والتحقق من فاعلية في عينة أردنية من خلال التوحد والإعاقة العقلية والعاديين ، أطروحة دكتوراه ، ٢٠٠٣ ، ص١١٥ .

قيمة الوسيط للاختبار ألبعدي (٣٥.٥) والانحراف الربيعي (٢) وبلغت قيمة كا٢ المحسوبة (٥.٧٠) وهي دالة معنوياً ،ويظهر الشكل (٨) مقدار فرق السلوك بين الاختبارين القبلي وألبعدي .



الشكل (٨) يوضح التغير في سلوك

(الركض بشكل سريع ودفع الحائط بقوة) للاختبارين القبلي وألبعدي.

ويعزو الباحث سبب الحصول على هذه النتيجة إلى تنوع الممارسة النشاط الرياضي إذ شمل الجانب الحركي والبدني والترويحي فيه الجزء الأكبر مما أسهم التأثير الايجابي فيه وخاصة التمارين التي تشمل الأركاض الترويجية مما زادت وبشكل ايجابي في مستوى الأداء الجسمي قد أثر النشاط الرياضي بتقليل الحركات العشوائية الغير هادفة إلى حركات منتظمة نوعا" ما وجاء ذلك موافقا (حسن عبد المعطي)الذي أكد على المستويات النشاط الرياضي وسلوكيات الأطفال المتوحدين تتأثر بشكل ايجابي من خلال ممارسة البرامج الرياضية المنتظمة ، إذ تقدم الأنشطة الرياضية فوائد متنوعة أهمها زيادة الأداء الجسمي وزيادة مستوى الاستجابة الصحية فضلاً عن تحقيق الاستمتاع والترويح "[١]

---

(١) حسن مصطفى عبد المعطي : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة ، ط١ ، مصر ، القاهرة ، دار النهضة ، ٢٠٠١ ، ص٦٧ .

٥- الاستنتاجات والتوصيات:

٥-١ الاستنتاجات:

في ضوء نتائج البحث توصل الباحث إلى الاستنتاجات الآتية:

هناك تأتي لممارسة النشاط الرياضي في تخفيف السلوك العدواني لدى (عينة البحث) لاسيما في السلوكيات العدواني (كسر الأشياء ، تمزيق الأوراق ، البكاء ونوبات الغضب، لكم الآخرين ، الركض ودفع الحائط بقوة)

هنالك دلالات غير معنوية لبعض السلوكيات العدوانية وذلك بسبب قصر المدة التي أجري فيها البحث لاسيما (يصفع نفسه أو عظ اليدين، تحريك الباب بقوة)

٥-٢ التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج لتخفيف السلوك العدواني لأطفال التوحد ومن خلال التعامل والمعايشة لهذه الفئة في أثناء تطبيق الممارسة النشاط الرياضي ومن خلال الملاحظة والاستطلاع على نوعية البرامج المقدمة لهذه الفئة وكذلك من خلال ملاحظات العاملين في هذا المجال خرج الباحث بمجموعة من التوصيات :

ضرورة التدريب على اللعب والألعاب والأنشطة الرياضية وخاصة الألعاب الصغيرة لما لها من دور في التوصل إلى تنمية نموهم الحركي من اجل التوصل إلى الألعاب والأنشطة الرياضية الكبيرة بشكل مراحل، مع الأهمية في وضع ساعات خاصة لهذه الأنشطة وفي بداية الدوام في المعاهد من أجل التخفيف من حدّة سلوكياتهم وإخراج الطاقة الزائدة من قبلهم .

ضرورة أن يكون مدة دراسة البحوث لأطفال التوحد أن لا تقل مدتها عن ستة أشهر من أجل بيان التطور من سلوكياتهم بشكل واضح .

من الضروري أن ينصب اهتمام كلية التربية الرياضية على استحداث قسم خاص (للتربية الخاصة) يهتم بوضع البرامج الرياضية لهذه الشريحة التي لا تحظى بالاهتمام الذي تستحقه وتهيئة الكوادر المتخصصة لأن مثل هذه المعاهد بحاجة ماسة إلى البرامج الرياضية لتحقيق سلوكياتهم النمطية والعشوائية لطفل التوحد وإشباع حاجاتهم الحركية التي تساعد على رفع الكفاءة الذهنية والمهارية .

الاهتمام بوجود معلم تربية رياضية في المعاهد والمؤسسات لأنها تفتقر إلى ذلك لمعرفته بمدى تأثير الألعاب والأنشطة الرياضية واللعب لطفل التوحد ومعرفته أيضاً كيفية استخدام هذه الممارسة النشاط الرياضي مع كل قدرة وسلوك طفل التوحد بعد التشخيص .

الاهتمام بعملية تقدم الوسائل والنمذجة والتلقين الصحيح بشكل مباشر إلى طفل التوحد لاسيما (القصة الحركية – الموسيقى) التي تلائم نوع النشاط أو الحركة والابتعاد قدر الإمكان عن الموسيقى الصاخبة أو العالية في الأنشطة الرياضية.

ضرورة تقسيم مراحل تعليم الحركات البدنية والأنشطة الرياضية للأطفال المتوحدون إلى مراحل عدّة من أجل تحقيق الأمان والهدوء وسحب الغضب (التعليم بشكل متسلسل) .

ضرورة الاهتمام بوضع أطفال أسوياء بين مدّة وأخرى معهم وخاصة في فترات اللعب والترويح والسفرات بالاتفاق مع مدارس أخرى.

الفصل الرابع
اضطراب التوحد و أشهر البرامج التربوية العامية لأطفال التوحد

الطفل هو نتاج محصلات مختلفة ومتباينة من العوامل المؤثرة في تكوين الطفل ونشأته قبل الحمل وأثناء الحمل وكذلك حتى مرحلة الولادة، وكذلك العوامل المؤثرة في نموه وتطوره بعد الولادة، فالطفل ينمو تحت تأثير عوامل داخلية أسرية وبيئية وكذلك مدرسية واجتماعية، ودراسة الأطفال من الدراسات المعقدة ، لأنها تواجه مشكلات منهجية وأخرى موضوعية.

وللنمو مظهران رئيسيان نلخصهما في ما يلي:

النمو التكويني : ونعني به نمو الفرد في الحجم والشكل والوزن والتكوين نتيجة لنمو طوله وعرضه وارتفاعه، فالفرد ينمو ككل في مظهره الخارجي العام، وينمو داخليا تبعا لنمو أعضائه المختلفة.

النمو الوظيفي : ونعني به نمو الوظائف الجسمية والعقلية والاجتماعية لتساير تطور حياة الفرد واتساع نطاق بيئته.

وبذلك يشمل النمو بمظهريه الرئيسين على تغيرات كيميائية فسيولوجية طبيعية نفسية اجتماعية، وإن أي خلل بسيط أو كبير في مظاهر النمو يسمح لنا بالحديث عن طفل غير عادي أو ذي حاجة خاصة.

ولقد وجد الأطفال غير العاديين في كل العصور ، ومنذ أقدمها ، ولكن نظرة المجتمعات إلى الأطفال غير العاديين قد اختلفت عبر العصور ، تبعاُ لمجموعة من المتغيرات والعوامل والمعايير ، فمن التخلص من الطفل المعاق ، إلى وضعة في الملاجئ كي لا يؤذي غيره ، إلى معاملتهم بشكل إنساني كما حضت عليه الكتب السماوية ، إلى المدارس والمراكز الخاصة بهم ، وإن نمو ميدان التربية الخاصة ، في القرن العشرين وفي الولايات المتحدة وغيرها لم يكن إلا ثمرة للتيارات التربوية والنفسية والطبية والسياسية في أوربا ، فقد كان للأطباء والمربين الأوائل أمثال فروبل منتسوري وبياجيه وبينيه ، وستراس آثارا واضحة ساهمت في تقدم ميدان التربية الخاصة إلى ما هو علية في الوقت الحاضر ، كما كان للتقدم الواضح في ميادين علم النفس والتربية والاجتماع والطب والقانون آثارا واضحة في تقدم موضوع التربية الخاصة وبخاصة في موضوع طرائق قياس وتشخيص مظاهر الإعاقة من الناحيتين الطبية والنفسية ، وإعداد

البرامج التربوية والنفسية والمهنية ، وهكذا أصبح ميدان التربية الخاصة ميدانا متخصصا له جذوره الممتدة والمتصلة بعلم النفس والطب والأعصاب والاجتماع والقانون ، كما أصبح معلم التربية الخاصة معلما بارزا من معالم تربية الأطفال غير العاديين في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء .

وقد عرف ذوو الحاجات الخاصة عموما بأنهم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادي أو المتوسط في خصيصة ما من الخصائص، أو جانب ما – أو أكثر – من جوانب الشخصية، التي تحتم احتياجهم إلى خدمات خاصة، تختلف عما يقدم إلى أقرانهم العاديين، وذلك لمساعدتهم على تحقيق أقصى ما يمكنهم بلوغه من النمو والتوافق.

وإن دراسة الفئات الخاصة وذوي الحاجات الخاصة تعد من الدراسات غير السهلة، والتي تستلزم المزيد من البحث والدقة والإطلاع، أيضا يستلزم العمل مع ذوي الفئات الخاصة التعاون بين ذوي التخصصات المختلفة في مجالات متعددة، فمسؤولية تعديل سلوك الأفراد ذوي الفئات الخاصة والحاجات لا تقع على عاتق الأخصائي النفسي فقط بل تستلزم وجود فريق عمل يضم كل من: الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي وأخصائي طب الأطفال وأخصائي التأهيل البدني....الخ .

وقد شهدت التربية الخاصة في تقدمها وتطورها العديد من التطورات والتغيرات في مفاهيمها وعلاقتها بالعلوم الأخرى في مختلف مجالات الحياة، وأصبح المجتمع بشكل عام ينظر إلى التربية الخاصة باعتبارها علم متخصص للتعامل مع تلك الفئات الأكثر خصوصية في المجتمع وهم فئة الأفراد ذوي الحاجات الخاصة الذين ينحرفون بشكل واضح وغير مألوف عما يعتبره المجتمع العادي، وهم تلك الفئات الأقل حظا عن غيرهم في المجتمع،كالأشخاص المعوقين عقليا وسمعيا وبصريا وحركيا، وذوي صعوبات التعلم، والمضطربين انفعاليا. الخ، بالإضافة إلى الأشخاص المتفوقين والموهوبين والمبدعين والعباقرة، وإذا كنا أسمينا أولئك الأشخاص بالأفراد الأكثر خصوصية، فهناك فئة من هؤلاء الأفراد أكثر وأكثر خصوصية، وهم الأطفال المتوحدون AUTISTIC CHILDREN.

فالتوحد من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، وقد بدأ التعرف عليه منذ حوالي ٦٠ سنة، ويعرف بصعوبة التواصل والعلاقات الاجتماعية وباهتمامات ضيقة قليلة، وقد حاول الأطباء معرفة أسباب هذا المرض ورجح الكثير منهم الإصابة به إلى أسباب عضوية وليست نفسية رغم أنها مازالت غير محددة تماما ، وبالتالي لم يعرف له دواء محدد، ورغم أن ذلك غير واضح حتى المستقبل القريب ... إلا أن استعمال بعض المداخل الطبية والسلوكية والتعليمية أظهرت الكثير من التقدم مع هؤلاء الأطفال ، وأفضل البرامج تحث على إشراك هؤلاء الأطفال مع أسرهم ومجتمعهم وعدم عزلهم لأن ذلك سوف يزيد من تقوقعهم على أنفسهم وعدم إستفادتهم من تقليد خبرات أقرانهم .

لمحة تاريخية:

منذ قرابة القرن ونصف القرن من الزمان كان هناك اهتمام واضح بالفصام "schizophrenia" ومن بين فئات المصابين كانت هناك فئة يطلق عليها اسم فصام الطفولة "Hebephrenia" أو فصام المراهقة، والدلالة الأساسية لسمات الفصام بصفة عامة هي عدم ترابط الأفكار واضطراب التفكير .

تعتبر الجذور التاريخية للاهتمام بالأطفال التوحدين موضوعاً جدلياً حيث تشير بعض التقارير العلمية إلى أن الاهتمام بهذه الفئة يعود إلى البداية العلمية للتربية الخاصة وتحديداً الطفل الذي وجده إيتارد(١٨٠٧-١٨٠١-Itard) في غابات الافيرون الفرنسية وسماه فيما بعد " فيكتور " حيث كان يعاني من التوحد إضافة إلى الإعاقة العقلية الشديدة.

وقدم الطبيب النفسي بلوير (١٩١١-Bleuler) أول وصف للتوحد وذلك عند حديثه عن الانسحاب الاجتماعي لدى الأشخاص الفصاميين وشبهه بما وصفه فرويد (Freud) بالإثارة الذاتية (outo-eroticism) والانسحاب من الواقع واللعب بأجزاء الأشياء والتكيف المحكوم بالمشاعر وهي من الصفات الرئيسية للتوحد . وفي سنة ١٩٤٤ كتب هانز اسبرجر Hans Asperger مقالا بعنوان " مرض الانغلاق لدى الأطفال "وجاءت ملاحظات اسبرجر على الحالات المدروسة متركزة حول أمرين هما:

التباين الشديد في الآثار المترتبة على الإصابة بالانغلاق بين الأفراد الذين تناولتهم الدراسة.

إن وجود المهارات والاهتمامات الخاصة لدى الأطفال المنغلقين يلعب دوراً إيجابياً في التكيف الاجتماعي اللاحق لهؤلاء الأطفال.

وبالرغم من أن هذه المقالة لاقت بعض النقد في ذلك الوقت إلا أنه سرعان ما ظهرت بعض النتائج المؤيدة سواء من داخل الولايات المتحدة أو خارجها وقد تناولت هذه الدراسات اضطراب التوحد في هذه الفترة في إطار مفهوم الذهان الطفلي وكانت وصفية إلى حد بعيد وتفتقد إلى الضبط العلمي ما أدى إلى التقليل من الاستنتاجات التي يمكن أن تؤخذ بعين الاعتبار على المدى الطويل .

وقد أشار فيكتور لونز ١٩٧٨ في مراجعته لنتائج خمس وعشرون دراسة متلاحقة أجريت مابين أواسط الخمسينات وأواخر الخمسينيات من هذا القرن حول ذهان الطفولة إلى أن غالبية هذه الدراسات تشوبها بعض الأخطاء المنهجية وأنها تعتمد على التقارير الذاتية كما أن النتائج التي تم التوصل إليها صعبة التفسير وغير متسقة .

ويعد مودزلي Maudsly أول طبيب نفسي اهتم بالاضطرابات التي تسبب اضطرابات عقلية شديدة لدى الأطفال وذلك عام ١٨٦٧ وكان يعدها ذهانات .

ولكن " ليوكانر" Leo Kanner الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص في الأطفال ومؤلف كتاب(نفس الطفل) عام ١٩٥٣ أشار إلى التوحد الطفولي كاضطراب يحدث في الطفولة وقد كان ذلك عام ١٩٤٣ عندما قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقلياً بجامعة هارفارد في الوليات المتحدة الأمريكية ولفت انتباهه وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقلياً ، فقد كان سلوكهم يتميز بما أطلق عليه بعد ذلك مصطلح اضطراب الذاتوية الطفلية Early Infantile Autism حيث لاحظ انغلاقهم الكامل على الذات والابتعاد عن الواقع والانطواء والعزلة وعدم التجاوب مع المثيرات التي تحيط بهم .

ومنذ عام ١٩٤٣ استخدمت تسميات متعددة منها التوحد Autism ، وذهان الطفولة Children Psychosis ، النمط غير السوي في النمو (الشاذ) Atypical Development ويرى بعض الباحثين أن هذه التسميات تعكس التطور التاريخي لمصطلح (إعاقة التوحد) واختلاف اهتمامات وتخصصات العاملين في مجال التربية الخاصة والمهتمين بهذا الاضطراب فضلاً عن استخدام عدد من التسميات كان بسبب الغموض وتعقد التشخيص .

وعلى الرغم من أن كانر قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على

أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات ولكن الاعتراف بها كفئة يطلق عليه مصطلح التوحد لم يتم إلا في عقد الستينات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وذلك وفق ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الثانية (DSM٢) ولم يتم الاعتراف بخطأ التصنيف إلا في عام ١٩٨٠ حينما نشرت الطبعة المعدلة (DSM٣) والتي فرقت بوضوح بين الفصام وإعاقة التوحد حيث أكدت أن إعاقة التوحد ليست حالة مبكرة من الفصام وربما يرجع هذا الخلط إلى وجود بعض الأعراض المشتركة مثل الانطواء والانكفاء على الذات والانعزالية ولكن في الواقع إن الاختلاف في الأعراض أكثر من التشابه بينها، ذلك أن حالات التوحد تخلو تماما من أعراض الهلوسة أو الهذاءات .

وبذلك فقد عرفت إعاقة التوحد على أنها اضطراب نمائي وليس انفعالي .

ما هو التوحد :

يصعب إيجاد تعريف متفق عليه لاضطراب التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية ، إلا أن معظم التعاريف تركز على وصف الأعراض وتصف التوحد كمتلازمة وليس كمرض أو كاضطراب في السلوك أو اضطراب في التصرف أو كإعاقة عقلية ، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفاً واضحاً للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغير

وسوف نعرض أولاً بعض التعاريف والمصطلحات التي تناولت مفهوم التوحد بتسميات مختلفة .

منذ وقت ليس بالطويل ومنها مصطلح الإجتراريون ويطلق عبد المنعم حنفي على مصطلح الإجترارية مصطلح الانشغال بالذات .

ونجده عند د . زكريا الشربيني بأنه اضطراب التعلق التفاعلي ويظهر هذا الاضطراب بصورة فشل الطفل بإقامة علاقة مع الأم أو الاستجابة لها بأي شكل من الأشكال مثل الابتسام أو المحاكاة .

ويعرف كذلك بالانطواء على الذات الطفولي ويشبه هذا التعريف التوحد ويقربه جداً من الفصام . وبقي أن نشير إلى أن الكثير من التعاريف القديمة والقليل من الحديثة تشير بشكل أو بآخر إلى التوحد على أنه فصام طفولي .

وأطلقت عليهم بعد ذلك العديد من التسميات المختلفة مثل توحد الطفولة المبكر أو فصام الطفولة ، النمو غير العادي ، وقد وصف كانر مجموعة أطفال الدراسة المشار إليها سابقاً بأنهم غريبي الأطوار ومنعزلون ، وقد عرف البعض التوحد على أنه إعاقة نمائية تظهر عادة في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ، وهي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر في الدماغ .

ومهما تعددت المصطلحات التي تدل على وجود التوحد في سلوك الأطفال إلا أنه يمثل شكلاً من أشكال الاضطرابات الانفعالية غير العادية ونوع من أنواع الإعاقة للنمو الانفعالي للأطفال غالباً ما يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وتتمثل في بعض صور القصور والتصرفات غير الطبيعية وفي النمو الاجتماعي والعاطفي والتي تستدعي معه الحاجة إلى التربية الخاصة .

وسيتم عرض مجموعة من التعاريف العربية والأجنبية حول مفهوم التوحد الذي يعد أحد أشكال الاضطرابات النمائية التي تحدث في مرحلة الطفولة وذلك على النحو التالي :

عرف Leo Kanner المختص بالطب النفسي للأطفال والذي يعتبر أول عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه التوحد الطفولي المبكر Early infantile autism وذلك عام ١٩٤٣ وعرف التوحد الطفولي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطراباً في أكثر المظاهر التالية

صعوبة تكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين .

انخفاض مستوى الذكاء .

العزلة والانسحاب الشديد من المجتمع .

الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل .

الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية .

اضطرابات في المظاهر الحسية .

اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية

ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية

الاضطراب الشديد في السلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب.

- وحدد مصطلح Autism في معجم علم النفس بأنه :

تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو بالذات .

إدراك العالم من خلال الرغبات بدلاً من الواقع .

الانكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية .

- وحدد مصطلح طفل متوحد Autistic Child بأنه :
طفل منكب على ذاته ومنسحب من العالم ، والأطفال المتوحدون قد يجلسون ويلعبون بأصابعهم مثلاً ، وإنهم يبدون ضائعين في عالم من الخيالات الداخلية .
- وتعرف الجمعية الوطنية (الأمريكية) للأطفال التوحديين (NSAC, ١٩٧٨) National Scociely of Autistic Children التوحد بأنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً وتشمل الاضطرابات في المجالات التالية : النمو ، الاستجابة الحسية للمثيرات ، اللغة والكلام ، القدرات المعرفية ، التعلق والانتماء للناس والتعلق بالأحداث والمواضيع .
- وترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association أن التوحد اضطراب نمائي يؤدي إلى العجز في المجالات التالية:
الكفاءة الاجتماعية
التواصل واللغة
السلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة
ـ ويعرف قانون تعليم الأفراد المعاقين الأمريكي Indiriduals with disabilities Education Act (IDEA) التوحد بأنه اضطراب نمائي يؤثر بشكل واضح على التواصل اللفظي وغير اللفظي ويؤثر على التفاعل الاجتماعي ويؤثر على الأداء التعليمي للفرد ويصاحبه العديد من الخصائص أهمها الانغماس في النشاطات اليومية والحركات النمطية ومقاومة التغير في روتين الحياة اليومية والاستجابة غير الطبيعية للمثيرات الحسية وتتضح هذه الخصائص قبل عمر الثلاث سنوات .
ـ أما Koegel & Dunlap فقد عرفا التوحد الطفولي بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون وكأنهم مجموعة متجانسة وتظهر عليهم المظاهر الشديدة من السلوك غير الاعتيادي وتظهر عليهم العلامات التالية :
الافتقار إلى اللغة المناسبة .
الافتقار إلى السلوك الاجتماعي المناسب .
العجز الشديد في الحواس .
اضطرابات شديدة في الجانب الانفعالي .

أنماط مختلفة من السلوك الحركي المتكرر .

انخفاض المستوى الوظيفي للذكاء .

-أما سميث Smith فقد عرف التوحد عام ١٩٧٥ بأنهم أولئك الأطفال الذين يعانون من الانسحاب الشديد من المجتمع ، وفقدان التواصل ، أو الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين ، الترديد الميكانيكي للكلمات والعبارات ، السلبية في التغير ، الإعادة المملة للأفعال ونطق الكلمات

– وفي عام ١٩٧٨ اقترح كل من Ritvo & Freeman تعريفاً للأشخاص التوحديين وقد أخذت الجمعية الوطنية بهذا التعريف وهو الآن التعريف الأكثر قبولاً مع ذوي الحاجات الخاصة ، ويتضمن هذا التعريف خصائص وصفات الشخص التوحدي بأنه الفرد الذي توجد لديه الأعراض التالية وذلك قبل ثلاثين شهراً من العمر :

اضطراب في سرعة النمو ومراحله .

اضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية .

اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية .

اضطراب في التقليد المناسب للأشخاص والأحداث والموضوعات .

-أما عكاشة فأطلق عام ١٩٦٩ على إعاقة التوحد اسم التوحد الطفولي Childhood Autism ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل على وجوده :

نمو أو ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات .

نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات النفسية الآتية :

التفاعل الاجتماعي .

التواصل والسلوك المحدد المتكرر.

بالإضافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغير محددة مثل : الرهاب (المخاوف المرضية) ، اضطراب النوم والغذاء ، والعدوان الموجه نحو الذات .

– كما عرفه الخطيب والحديدي عام ١٩٧٧ بأنه : إعاقة في النمو تتصف بكونها مزمنة وشديدة وهي تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر وهي محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ ومن أهم الأعراض السلوكية للتوحد :

اضطراب معدل نمو المهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية .

استجابات شاذة للخبرات الحسية وقد تتأثر حاسة واحدة أو أكثر: البصر، السمع ، اللمس ، التوازن ، والاستجابة للألم وغير ذلك .

الافتقار إلى المهارات الكلام واللغة أو تأخرها ، بالرغم من توافر بعض القدرات العقلية المحدودة .

طرق شاذة في التعامل مع الناس والأحداث والأشياء .

– أما الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي أستاذ الطب النفسي في جامعة القاهرة فقد وصف التوحد الطفولي عام ٢٠٠٣ بأنه نوع من الانغلاق على الذات منذ الولادة حيث يعجز الطفل حديث الولادة عن التواصل مع الآخرين بدءاً من أمه وإن كان ينجح في عمل علاقات جزئية مع الأشياء المادية بالتالي يعاق نموه اللغوي والاجتماعي والمعرفي .

– ويعرفه د . محمود جمال أبو العزائم مستشار الطب النفسي: التوحد أو الذاتوية هو إعاقة متعلقة بالنمو. وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر ، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ ، ويتميز اضطراب الذاتوية بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك وهي :

خلل في التفاعل الاجتماعي .

خلل في التواصل والنشاط التخيلي .

القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر آليا

اضطراب طيف التوحد:

اعتمد الباحث في تعريفه لاضطراب التوحد على تصنيف DSM-IV والذي جاء تحت عنوان اضطرابات النمو المعممة Pervasive

١ –الاضطراب التوحدي (٢٩٩) Autistic disorder

أ – يتسم هذا الاضطراب بتوافر خمسة بنود أو (أكثر) وذلك من الفقرات (١) (٢) (٣) شريطة أن يوجد بندان من الفقرة (١) وبند من الفقرة (٢) والفقرة (٣).

(١) الإعاقة النوعية في التفاعلات الاجتماعية، وذلك في عرضين من الأعراض التالية :

(أ) الإعاقة الملاحظة الظاهرة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل النظر إلى العين، التعبير الوجهي، الأوضاع والحركات البدنية، والوضعيات الرامية إلى تنظيم التفاعل الاجتماعي.

(ب) العجز عن إقامة علاقة مع الأصدقاء من العمر نفسه متناغمة متوافقة تناسب مع السن والتطور في العمر.

(ج) عدم وجود نزوع تلقائي في التفتيش عن مشاركة في المسرة وفي الاهتمامات، أو الإنجازات مع الأفراد الآخرين (أي فقدان إظهار، أو جلب، أو الإشارة إلى الاهتمامات).

(د) فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

ب ـ الإعاقات النوعية في الإيصال التي تظهر بواحد من السلوكيات التالية على أقل شيء :

(١) تأخر، أو فقدان كامل في النمو الكلامي اللغوي (غير مصحوب بمحاولة للتعويض من خلال أنماط بديلة من الاتصال البدني)

(٢) عند الأفراد ذوي النطق المقبول، نجد إعاقة واضحة في القدرة على البدء بالمحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها.

(٣) فقدان اللعب المختلف الضروب التلقائي أو اللعب المقلد المناسب لمستوى اللعب.

(٤) استعمال اللغة استعمالاً نمطياً وتكرارياً.

ج ـ أنماط سلوك ونشاطات واهتمامات على الشكل نفسه(مكررة)، وتكرارية محدودة، تظهر بواحد على الأقل من الأشكال التالية:

(١) الانشغال بنمط واحد أو أكثر من أنماط تمارس بالوتيرة نفسها بالصورة ذاتها من الاهتمام يكون غير سوي في الشدة أو التركيز.

(٢) إلحاح أو التزام غير مرن كما يبدو في الظاهر بأعمال روتينية غير وظيفية أو طقوسية.

(٣) سلوكيات حركية متكررة على نمط واحد (مثل ليّ أصابع اليد،أو قذف اليد أو الإصبع بعنف، أو إجراء حركات معقدة في كامل الجسم).

(٤) الانشغال الملح والإصراري بأجزاء الأشياء.

د ـ تأخر أو وظيفة شاذة غبر سوية في واحد على الأقل من المجالات التالية تبدأ قبل بلوغ سن الثالثة.

التفاعل الاجتماعي.

اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي.

اللعب التخيلي أو الترميزي.

هـ ـ اضطراب لا يدخل في تصنيف مرض(ريت) Rett أو في اضطراب الطفولة الانحلالي Disintegrative

٢ ـ اضطراب "ريت" R ett (٢٩٩.٨٠)

تم التعرف على عرض أو اضطراب ريت من قبل الدكتور (أندرسون ريت) عام ١٩٦٦ باعتباره اضطراب عصبي يصيب الإناث بشكل رئيسي وقد اظهر تشريح أدمغة هؤلاء الأفراد وجود اختلال باثولوجي مقارنة بحالات التوحد ومع ذلك يظهر الأطفال المصابون بعرض ريت بعض السلوكيات المشابهة للتوحد مثل حركات اليد التكرارية ،المشي على أطراف الأصابع ،أرجحة الجسم و مشاكل النوم ، وتقل نسبة انتشار ريت عن نسبة انتشار حالات التوحد و تقدر مابين (١:١٠٠٠٠)حالة ولادة إلى (١:١٥٠٠٠) حالة ولادة .

أ ـ اضطراب ريت يكون في الأعراض التالية :

(١) يبدو ظاهرياً سوي النمو ما قبل الولادة و حين الولادة .

(٢) يبدو ظاهرياً سوي النمو على المستوى الحركي ـ النفسي خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.

(٣) يبدو محيط رأسه سوياً عند الولادة .

ب ـ تظهر الأعراض التالية بعد فترة النمو السوي :

(١) بطء نمو الرأس ما بين عمر ٥ـ ٤٨ شهراً

(٢) فقدان مهارات اليد المكتسبة سابقاً ما بين عمر ٥ ـ٣٠ شهراً مع ظهور حركات يدوية نمطية (غسل اليد)

(٣) فقدان الانخراط الاجتماعي باكراً

(٤) ظهور عدم التناسق في المشية أو في حركات الجذع

(٥) نمو متأذّ تأذياً شديداً في اللغة التعبيرية و الاستقبالية إضافة إلى تأخر نفسي ـ حركي

٣ ـ اضطراب الطفولة الانحلالي (٢٩٩.١٠)

أ ـ نمو سوي ظاهراً لمدة أقلها سنتان بعد الولادة باتصال غير لفظي، أو لفظي مناسب للعمر، أو في العلاقات الاجتماعية، وفي اللعب، والسلوك التكيفي أيضاً .

ب ـ فقدان هام للمهارات المكتسبة كما تظهر سريريا (قبل بلوغ سن العاشرة) و ذلك في مهارتين على الأقل من المهارات التالية :

(١) اللغة التعبيرية أو الاستقبالية .

(٢) المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي .
(٣) ضبط التغوط أو التبول .
(٤) المهارات الحركية.
ج ــ شذوذات وظيفية في وظيفتين على أقل تقدير في المجالات التالية :
(١) تأذ نوعي في التفاعل الاجتماعي (أي تأذّ في السلوكيات غير اللفظية، و فشل في تنمية العلاقات مع الأنداد، فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي)
(٢) تأذيات نوعية في الاتصال (أي التأخر أو ضعف في اللغة المنطوقة ، العجز في البدء في الكلام ، أو الاستمرار فيه ، استخدام تكراري و نمطي للغة ، فقدان اللعب المتنوع)
(٣) أنماط محددة من السلوك النمطي و التكراري ، و الاهتمامات ، والنشاطات و من ضمنها التكلفات الحركية و النمطية .
د ــ اضطراب لا يعد ضمن اضطراب نمو معمم أخر أو ضمن الاضطراب الفصامي .
٤ ـ اضطراب " اسبرجر " A spereger
يعود مصطلح اسبرجر إلى الطبيب الاسترالي هانس اسبرجر الذي قام سنة ١٩٤٤ بتصنيف مجموعة الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التفاعل الاجتماعي و الاتصال بفئة خاصة وقد تم تسميتهم نسبة إليه واليوم يستخدم مصطلح اسبرجر من قبل جمعية الأطباء الأمريكيين و من قبل العديد من العاملين في هذا الميدان بحيث ينظر إلى الأطفال الذين يقعون ضمن هذا المصطلح باعتبارهم فئة خاصة تختلف عن فئات الاضطرابات الأخرى و تظهر أعراض اسبرجر كما وردت في التصنيف التشخيصي كما يلي :
أ – إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي تبدو في مجالين من المجالات التالية:
(١) إعاقة واضحة في استعمال سلوكيات غير لفظية متعددة مثل النظر عيناً إلى عين، التعبير الوجهي، حركات الجسم والوضعيات المنظمة للتفاعل الاجتماعي .
(٢) الإخفاق في علاقات مع الأنداد متناسبة مع درجة النمو .
(٣) فقدان التفتيش التلقائي عن مشاركة المسرة، والاهتمامات أو الإنجازات مع الأشخاص الآخرين.

(٤) فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.
ب – أنماط متكررة محددة على الشاكلة نفسها من السلوكيات، والاهتمامات والنشاطات تظهر بواحدة على الأقل من المظاهر التالية:
(١) الانخراط بانشغالات أو بواحد من الأنماط المحددة المنفذة تنفيذاً نمطياً وعلى الشاكلة نفسها من الاهتمام الذي يكوم شاذاً إما في الشدة أو في التركيز
(٢) الالتزام غير المرن كما يبدو ظاهرياً في أعمال روتينية غير هادفة نوعية ، أو في طقوسيات .
(٣) سلوكيات تكلفية حركية متكررة وعلى نمط واحد (مثل ليّ الذراع، القذف العنيف لليد أو الأصبع، أو القيام بحركات جسمية معقدة لكامل الجسم) .
ج ــ يسبب الاضطراب إعاقة هامة سريريه في المجالات المهنية والاجتماعية أو الميادين الأخرى الهامة من الوظيفة .
د ــ لا يوجد سريريا تأخر عام هام في اللغة (الكلمات المفردة المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثاني ، الجمل التواصلي المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثالث) .
هــ ــ لا يوجد سريريا تأخر عام هام في النمو المعرفي أو في نمو مهارات العون الذاتي المتوافقة مع السن ، وفي السلوك التكيفي (عدا التفاعل الاجتماعي) وفي سلوك الفضول والتعرف على المحيط في الطفولة .
و ــ المعايير لا تتطابق مع اضطراب النمو المعمم النوعي الآخر ولا مع الفصام .
كيف يختلف عرض اسبيرجر عن اضطراب التوحد ؟
يعتبر اضطراب التوحد وعرض اسبرجر من الإعاقات النمائية المنتشرة أو المعممة وهذا يعني وجود تداخل بين الاضطرابات وبالأخص في جانب التفاعل الاجتماعي والاتصال بالإضافة إلى الخصائص والمميزات العامة والفرق بين الطرفان هو فرق في الدرجة أو الشدة فمثلا: تعتبر اللغة بشكل عام أفضل لدى الطفل الذي يعاني من عرض اسبرجر مقارنة مع اللغة لدى الطفل المتوحد.
و الفرق الأخر هو فرق في المقدرة المعرفية cognitive ability فقد ترتبط الإعاقة العقلية بشكل واضح بالتوحد و لكن هذا لا يعني أن جميع الأطفال المتوحدون معاقون عقليا فالبعض يبدي ذكاء متوسط و أحيانا فوق المتوسط بينما تزيد نسبة الأطفال الذين يعانون من عرض

اسبرجر في منطقة الذكاء المتوسط و فوق المتوسط بشكل أعلى مقارنة مع حالات التوحد أي إن الأداء و المقدرة المعرفية تعتبر بشكل عام أفضل لدى عرض اسبرجر مقارنة مع حالات التوحد و من هنا تظهر أهمية الأعراض و المظاهر السلوكية المختلفة للتفريق بين حالة التوحد و حالات الاضطرابات الأخرى وما يترتب على أمور التشخيص وضع الخطة العلاجية لكل حالة .

٥ ـ اضطراب النمو المعمم غير النوعي ولا المحدد (من ضمن ذلك اضطراب التوحد النموذجي):

يتعين استخدام هذا التصنيف حينما توجد إعاقة معممة حادة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي أو المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية ، أو عندما يوجد السلوك ، والاهتمام ، والنشاطات النمطية، ولكنه في الوقت نفسه لا تتطابق المعايير مع اضطراب نمو معمم نوعي ولا مع معايير الفصام ، أو معايير اضطراب الشخصية التجنبي، فمثلا إن هذا التصنيف يتضمن الاضطراب التوحدي غير النموذجي فالأعراض في هذا التصنيف لا تتوافق مع معايير اضطراب التوحد ذلك لأنها ظهرت في سن متأخر ، كما وأنه غير نموذجي من ناحية المظاهر، أو أن الأعراض دون العتبة ، أو أنها تجمع جميع الأمور.

وفيما يلي ذكر لأنواع من الاضطرابات غير مذكورة في التصنيف وتتشابه في بعض أعراضها مع التوحد ويفضل اليوم الكثير من الباحثين أن تدرج تحت بند طيف التوحد :

ـ متلازمة الكروموسوم الهش : Fragile X syndrome

اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثويX ويظهر في١٠ % من أطفال التوحد وخاصة الذكور، ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط ، وللطفل صفات معينة مثل بروز الأذن، وكبر مقاس محيط الرأس مرونة شديدة في المفاصل، وغالباً ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت ، واضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي ، واضطرابات معرفية .

ـ متلازمة لاندو ـ كليفنر : Landau-Kleffner Syndrome

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك،و غالباً ما يشخص الطفل خطئاً على أنه أصم ، فهناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة، ومن الأعراض المشابهة للتوحد قصور الانتباه، عدم الشعور بالألم، الكلام التكراري، وقصور المهارات الحركية .

– متلازمة موبياس Mobius syndrome

تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي ربما فيها شلل عضلات الوجه مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد .

– متلازمة كوت Kott syndrome

تحدث لدى الإناث في معظم الحالات وأعراضها تتمثل في عدم المقدرة على الكلام وفقدان القدرة على استخدام اليدين إراديا ً .

– متلازمة سوتوس Sotos syndrome

تتسبب بسرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهيه شاذة .

– متلازمة توريتي Tourette syndrom

تتصف بالحركة اللاإرادية كما في رمش العين وتلمظ الشفاه وهز الكتفين بطريقة شاذة ، وغالبا ً ما يعاني الطفل أيضا ً القلق وعدم القدرة على التركيز .

– متلازمة ويلياميز syndrom Williams

اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي، والحساسية المفرطة للصوت وهز الجسم والتعلق بالأشياء غير الطبيعية .

– مرض Tuberous sclerosis

المعروف بتصلب الأنسجة وهو مرض وراثي ويسبب النمو غير الطبيعي للأنسجة الدماغية وهناك حوالي ١ ــ ٤ حالات من كل ١٠٠٠٠ حالة يولدون بهذا المرض.

نسبة الانتشار :

يعتبر تحديد نسبة الانتشار أمراً صعباً ، حيث يعتمد على التعريف المستخدم والمحكات التشخيصية، وصدق وثبات أدوات الكشف والتشخيص .

وقد وصف كانر التوحد عام ١٩٤٣ بأنه اضطراب نادر الحدوث ، إلا أن أول دراسة ميدانية موثقة لتحديد نسبة الانتشار كانت دراسة لوتر (Lotter,١٩٦٦-١٩٦٧) حيث قام بدراسة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من(٨ــ ١٠) سنوات من مدينة ميدل سكس (Medelesex) الأمريكية ممن انطبقت عليهم صفات كانر مستخدماً سلسلة من الخطوات التشخيصية وبينت الدراسة أن نسبة الكلية للتوحد تبلغ (٤.٥) لكل عشرة آلاف حالة على فئتين رئيسيتين :

الفئة الأولى : ونسبتها (٢.١) حالة لكل عشرة آلاف طفل تنطبق عليهم جميع الصفات التي ذكرها كانر.

والفئة الثانية: ونسبتها (٢.٤) حالة لكل عشرة آلاف طفل تنطبق عليها معظم الصفات وليس جميعها .

وقد أشارت التقارير الإحصائية إلى أن أعداد الأطفال المصابين بالتوحد الطفولي بلغت ما يقارب(٢ ــ ٦)حالات لكل عشرة آلاف طفل طبيعي أي بنسبة ٠.٠٢ % ــ ٠.٠٦ % وتتراوح نسبة الذكور إلى الإناث (٢ : ١) ولغاية (٥ : ١) إلى مابين الأعمار (٨ ، ٩ ، ١٠) سنوات هناك (٤ ــ ٥) أطفال مصابين بالتوحد ولكل عشرة آلاف طفل . وأثبتت دراسة Aurthus التي أجريت في الدنمارك ١٩٧٠ نفس النتائج .

أما Cathy Pratt المسئولة عن مركز أنديانا للتوحد أشارت إلى أن العشر سنوات الماضية ازدادت فيها حالات التوحد من (٥ــ ١٥) حالة لكل عشرة آلاف طفل أما في عام ٢٠٠٢ فوجدت أن عدد حالات التوحد تراوح ما بين (٧ــ ٤٨) حالة لكل عشرة آلاف حالة مشخصة كأعراض التوحد أو اضطرابات للنمو وأعراض مرض أسبرجر .

وأشار مركز أبحاث في كامبريدج في تقرير له بازدياد عدد حالات التوحد حيث أصبحت ٧٥ حالة في كل عشرة آلاف من عمر ٥ ــ ١١ سنة وتعد هذه النسبة كبيرة عما كان معروفاً سابقاً وهو ٥ حالات في كل عشرة آلاف ولادة .

وفي عام ٢٠٠٢ عقد المؤتمر الوطني للتوحد في أمريكا وأشار الدكتور Marie Bristol إلى أن حالت التوحد يمكن توزيعها كما يلي :

هناك (١) من كل (٢٠٠) حالة طفل صنف بأنه توحد كلاسيكي Classic Autism.

وهناك (١) من كل (٥٠٠) حالة أنهم مصابين بأعراض طيف التوحد يتضمن أعراض اضطرابات النمو PDD وأعراض مرض أسبرجر، وأن حالات التوحد و أعراض التوحد في ازدياد ولا تعرف أسباب ذلك وأن أعراض التوحد تتغير عبر المواقع الجغرافية وذلك لتوفر الخبرات والتشخيص الدقيق ووجود المهنيين وذوي العلاقة ببرامج التوحد والعوامل البيئية الأخرى .

□

المظاهر العامة للتوحد:

تبدأ ملاحظة الأعراض في السنة الثانية والنصف من عمر الطفل (٣٠ ــ ٣٦) والمعروف أن التوحد له ثلاث أعراض رئيسية :

١ ــ ضعف العلاقات الاجتماعية .

٢ ــ ضعف الاهتمام في الناحية اللغوية .

٣ ــ الاهتمامات والنشاطات المتكررة .

ويمكن تقسيم الأعراض العامة التي يظهرها الأفراد التوحديين إلى خمسة مجالات رئيسية هي :

٥ ـ ١ ـ التفاعل الاجتماعي :

أ ـ عدم التواصل البصري مع الآخرين :

هو سلوك تكيفي غاية في الأهمية كونه يسهل الحياة اليومية للأفراد ، حيث يتم من خلاله استنتاج أفكار الآخرين ورغباتهم ومشاعرهم ومدى انتباههم ، وبالتالي فهو ضروري جداً في تطوير نظرية الأفكار التي تشير إلى إمكانية التنبؤ بسلوك الآخرين من خلال مشاركتهم في المعتقدات والرغبات والانتباه .

ودرس عام ١٩٨٣ Mirnda,Donnelfan,Yoder أشكال ونماذج الاتصال العيني لأطفال التوحد ووجدوا أن أطفال التوحد ينزعون إلى التحديق ليس لجذب اهتمام الآخرين، وهم قلما ينظرون إلى الأشياء والآخرين بشكل مباشر، وتختلف نظرتهم عن الأطفال الطبيعيين ، فهم يصرفون وقتاً طويلا في الجلوس بهدوء دون أي تفاعل اجتماعي أو مشاركة مع الآخرين وقد يتصرفون بشكل غريب وغير عادي في الاتصال مع الأشياء مثل (المنديل، اللعبة) .

فقد يتجاهل الطفل التوحدي الأشياء التي هي عادة ما يحب الأطفال رؤيتها ، ويبهر في ضوء معين أو بريق أو ورقة أو شيء يلف ويدور، وعندما يكون الأطفال صغاراً قد ينظرون إلى الأشخاص والأشياء بالمظهر العام وليس عن طريق التفاصيل الدقيقة ، وهذا يقود إلى احتمال أن الأطفال يستخدمون جزءاً من النظر أو العين للنظر إلى الحركة أو المظهر العام ،ومن المثير أن نعرف أن بعض الأطفال التوحديين ينزلون الدرج أو يركبون الدراجة بدون أن يظهر أنهم يرون إلى أين يسيرون ، وكذلك قد يجدون طريقهم في الظلام بسهولة كما في النور ، وقد أوضح العديد من الأطباء النفسيين أن الأطفال التوحديين عكس الأطفال العاديون فهم لا يركزون

نظرهم على الأشياء أو الأشخاص لمدة طويلة ولكن يعطون نظرة سريعة ثم يحولون نظرهم ، وهذا يعطي الانطباع أن الطفل التوحدي يتحاشى عمداً النظر إلى وجوه الأشخاص وخاصة العين ، ويظهر الطفل التوحدي اهتمام متأخر بالصور ولكنه عندما يبدأ يهتم بالصور فهو يهتم بجزء محدد منها .

ب ـ اللعب :

يتعلم الطفل الطبيعي عن العالم حوله من خلال اللعب ، بطريقة الاكتشاف والإحساس بالأشياء المختلفة فينمي اللغة والفهم للعالم من حوله ، ثم يبدأ في استعمال الألعاب لترمز لما حوله من أشياء حقيقية .

يختلف لعب الأطفال التوحديين عن لعب غيرهم من الأطفال حيث يعانون من مشكلة في اللعب الرمزي والأفكار التمثيلية ، وفي التخيل كما أن لعبهم يفتقر إلى الابتكار والتجديد ، وعدد ألعابهم أقل وأقصر وقتاً من المعتاد ، وطريقتهم في اللعب غير عادية تتمثل في الاستخدام العدواني للألعاب وظهور الاستثارة الذاتية .

ويضفون على الألعاب الصفات الحيوية ولا يميزون اختلافها عن الناس فقد يستمرون بإطعامها، ووضعها في الفراش للنوم، ويضفون عليها الحواس مثل الذوق واللمس والشم والحيوية والتسليم والاهتزاز ويتعاملون معها بطريقة واقعية جداً وبعيدة عن الخيال ويشعرون بالقلق والارتباك من هذه الألعاب وكأنها أشياء حقيقية رغم تقدمهم بالعمر الزمني .

وقد تكون اللغة هي العائق الأول لقدراته على النمو كما في اللعب أيضاً فيبقى الطفل التوحدي فترة و بسبب ضعف اللغة والتخيل لا يستطيع الأطفال التوحديون الاندماج في اللعب مع الأطفال الآخرين .

ج ـ عدم فهم المشاعر :

يظهر الأفراد التوحديين عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين نتيجة الصعوبات التي يواجهونها في فهم وتفسير التعابير المتمثلة في الإيماءات ونبرات الصوت وطريقة الجلوس، إضافة أن قدرتهم على تحمل انفعالات الآخرين أقل من المتوقع، ويعانون من صعوبات واضحة في التعبير عن مشاعرهم تتمثل بعدم مقدرتهم عل إبداء التعابير الوجهية المناسبة لحالاتهم الانفعالية والتعبير عن المشاعر بطريقة مبالغ فيها وغير متوقعة .

ويلاحظ على طفل التوحد ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه.. أبيه أهله والغرباء.. بمعنى أن الطفل لا يسلم على أحد..لا يفرح عندما يرى أمه أو أبوه.. لا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه.لا يستمتع بوجود الآخرين ولا يشاركهم اهتماماتهم...ولا يحب أن يشاركوه ألعابه .. ويحب أن يلعب لوحده ولا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين. وأيضا لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة (مثل أن يرى أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الأطفال) ويقضي وقتاً أقل مع الآخرين، ويبدي اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، وتكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون.

ومن خصائص الطفل التوحدي عدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية والاحتفاظ بها فالطفل التوحدي ينسحب من جميع أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي ، مما يؤدي لظهور العديد من المشكلات والصعوبات الواضحة في إقامة علاقة مع الآخرين ، وتستمر الصعوبات والمشكلات لمرحلة الرشد.

د – اللغة:

يكون تطور اللغة بطيئاً، وقد لا تتطور بتاتاً، ويتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير معتادة لهذه الكلمات، ويكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، ويكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة، ويشمل خلل التواصل المهارات اللفظية وغير اللفظية ، فقد تغيب اللغة كليا وقد تنمو ولكن دون نضج وبتركيب لغوى ركيك مع ترديد الكلام مثل إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها والاستعمال الخاطئ للضمائر حيث يستعمل الطفل ضمير" أنت" عندما يود أن يقول "أنا" فمثلا لا يقول " أنا أريد أن اشرب " بل يستعمل اسمه فيقول "على يريد أن يشرب" وعدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة، ويكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضي الطفل،وقد أسماها كانر مجازاً Metaphorical language ويكون الكلام على وتيرة واحدة .

كما أن هناك كثير من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى أطفال التوحد فقد يردد الطفل ما يسمعه توا ًوفي نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال وتعرف بظاهرة (المصاداة Echolalia) والحديث التلغرافي والخلط في ترتيب الكلمات، أما التواصل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة .

وتتطور اللغة التعبيرية بنسبة ضئيلة لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد ، وقد أظهرت الدراسات بأن ٥٠% من هؤلاء الأطفال لم يطوروا أصلاً اللغة التعبيرية الوظيفية ، ومما يجدر ذكره فإنه في حال ظهور اللغة لدى الطفل فإنها غالباً ما تستخدم للطلب أو التعبير عن بعض الرغبات وليس لأهداف التفاعل الاجتماعي أو ما يدعم هذا الجانب ، وغالباً ما تعود أسباب هذه المشكلة إلى الصعوبات التواصلية الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد .

وقد ناقش عدد من الباحثين مؤخراً المشكلات الأساسية في التواصل عل أنها تمثل العجز الأساسي في التوحد ، أما المشكلات السلوكية فإنها تمثل العناصر الثانوية لهذه الحالة.

وتظهر نتائج بعض الباحثين على أنه عندما يتم تعليم الأطفال المشاركة في سلوكيات مناسبة ، فإن سلوكيات غير مناسبة من مثل العدوانية وإيذاء الذات وبعض الاستثارات الذاتية تزداد بعدم وجود تدخلات علاجية خاصة ، كما أظهرت دراسات أخرى هذه العلاقة العكسية وذلك عندما يتم تعليم الأطفال بعض الاستجابات الوظيفية التواصلية المماثلة ، وقد تبين أن هناك إمكانية لتقليل أو منع هذه السلوكيات الفوضوية المتمثلة في عدم الانتباه أو النزوع نحو التملص من المهمات، وذلك لدى تعليم سلوكيات تواصلية وظيفية مماثلة، فعلى سبيل المثال، من الممكن تعليم استخدام عبارة (هل هذا صحيح) لإثارة انتباه المدرس أو عبارة(أحتاج للمساعدة) للحصول على مساعدة المدرس لإنجاز مهمة صعبة .

يعاني جميع الأفراد التوحديين بلا استثناء من مشكلات في التواصل سواءً أكان لفظياً أو غير لفظي ويمكن تلخيص مشكلات التواصل اللفظي بما يلي :

(٥٠ %) أفراد غير ناطقين حيث لا يطورون الكلام ، ويظهرون البكم والصمم لبعض الكلمات.

(٢٥ %) يطورون لغة بشكل غير طبيعي وغير وظيفي .

(٢٥%) يطورون مهارات اللغة الطبيعية مع ظهور بعض المشكلات في ذلك .

ويتجلى اضطراب الاتصال عند الطفل التوحدي :

الاتصال المتمركز حول الذات .

اضطراب اللغة اللفظية .

ظهور وسائل الاتصال غير اللفظية وتنقسم إلى :

اللغة الجسدية (البدنية)

أنماط ووسائل أخرى للاتصال .

ونستطيع في نهاية هذا العرض التفصيلي لنواحي القصور الاجتماعي عند الطفل التوحدي أن نلخص سمات الطفل التوحدي كما صنفها جيلسون حيث يرى أن الطفل التوحدي لا يتطور اجتماعياً بخطى توازي نموه العقلي رغم قصور التطور العقلي لديه، وهو يرى ثلاث جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه وهي

عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط و الأفكار والمشاعر.

عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة.

العجز أو القصور الاجتماعي .

كما صنف المشكلات التي ترتبط باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي إلى ثلاث فئات :

أ – التجنب الاجتماعي .

ب – اللامبالاة الاجتماعية.

ج – الفظاظة الاجتماعية .

٥ ـ ٢ ـ مجال النشاطات والاهتمامات :

أ- ثبات الأشياء و الانشغال بها (السلوك الروتيني) :

يطور الأطفال المصابون بالتوحد انشغالاً مفرطاً بأشياء محددة أو بنشاطات معينة أو بالحفاظ على الروتين أو عدم الغير في البيئة ، وقد يكون لديهم أشياء يتفاعلون معها بطريقة خاصة ، من مثل ترتيب السيارات الصغيرة تبعاً للحجم أو اللون ، وإن محاولات إقحام الطفل مع ألعاب أخرى لكسر تلك النمطية أو النظام قد ينتج عنه نوبة غضب أو عدوانية .

ومن هنا فإن الحفاظ على النشاطات الاعتيادية يستخدم عندما يشارك الطفل في أنماط غريبة من السلوك ، من مثل إتباع طريقة محددة لموقع معروف ، وتقديم الأطعمة وفقاً لترتيب معين (كطلب سكب الحليب في وعاء قبل وضع الحبوب والملعقة فيه) وقد ينزعج الطفل في حالة عدم إتباع هذه الأمور من جانب آخر قد تظهر علامات الضيق لدى حدوث تغيير في البيئة، فقد

يتضايق الأطفال في حالة إعادة ترتيب الأثاث ، وقد يصر آخرون على ارتداء الملابس ذاتها يومياً ، هذا ويتعذر حالياً فهم هذا السلوك جيداً ، ومع ذلك فإنه يعتبر سمة عامة بين الأطفال المصابين بالتوحد على الرغم من توافر القليل من أساليب التداخل العلاجي لذلك باستثناء أسلوب مقاطعة الاستجابة .

ويظهر السلوك الروتيني عند معظم الأفراد التوحديين وكلما زادت درجة التوحد زاد السلوك الروتيني بشكل أكبر وأوضح وقد يكون السلوك الروتيني في مجالات عدة : (الطعام ، الشراب ، اللباس ، الكأس نفسه والصحن نفسه.الخ).

ب ـ السلوك النمطي :

يتميز التحدي بالسلوك النمطيStereotype ويعني تكرار نفس السلوك بشكل مستمر بدون أن يشعر بالملل أو التعب ، ولذلك نجده يلعب ويقلب ويحرك يديه وأصابعه أمام عينيه باستمرار دون هدف أو معنى، أو قد يستمر في تحريك جسمه إلى الأمام والخلف بشكل مستمر ، أو ترديد بعض الكلمات عديمة المعنى بدون إدراك أو وعي لما يقوله أو أنه يحمل نفس اللعبة دائماً ويحملها ويرميها إلى الأعلى ثم يمسكها ويرميها مرة أخرى، وقد يقوم ببعض الحركات اللاإرادية غير المسيطر عليها مثل شد الذراعين أو الرأس أو المشي على أطراف الأصابع .

ج – السلوك التخريبي وإيذاء الذات :

تحظى نماذج التفسير والمعالجة التي تراعي عوامل مختلفة بالاهتمام المتزايد ، وتذهب النماذج الاجتماعية البيولوجية إلى أن الألم عبارة عن ارتكاس على عدة مستويات تلعب فيها العوامل الجسدية والنفسية التالية دوراً في:

الارتكاس الذاتي ــ اللفظي للألم.

الارتكاس السلوكي الحركي للألم .

الارتكاسات العضوية الفيزيولوجية للألم .

ويفترض ألا تشترك كل المستويات في ارتكاس ألم خاص ، إذ يمكن أن يوجد ارتكاس ألم فيزيولوجي ــ عضوي بدون أن يستجيب الطفل بصورة غير قابلة للملاحظة بالنسبة للملاحظ .

هذا هو الشكل العام والطبيعي للألم والإحساس به ، أما عند طفل التوحد يتمثل السلوك التخريبي وسلوك العدوان والغضب الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين ببعض المظاهر مثل عض يديه إلى

درجة النزيف أو القرص الشديد أو شد شعر رأسه إلى درجة اقتلاعه من مكانه ، وقد يلجأ إلى عض الآخرين أو لكمهم بقوة أو شد أو قرص أو خدش يد الآخرين بأظافره .

وتظهر هذه المشكلة أكثر عندما يكون الطفل غير منشغل بأي شيء ، خاصة إذا كان في جو غير مراقب أبداً ويترك عادة لوحده أغلب الوقت ، ويكون أكبر جزء من الحل هو تنظيم وقت الطفل وإعطاؤه المزيد مما يشغل وقته .

٥ ـ ٣ ـ الخصائص المعرفية:

يتميز الأفراد التوحديين بعدد من الخصائص المعرفية المتباينة من فرد لآخر ولعل من أبرز هذه الصفات :

أ ـ القدرات العقلية :

تعتبر ما نسبته (٧٠ ـــ ٧٥ %) من الأفراد التوحديين معاقين عقلياً وتتراوح درجة الإعاقة من البسيطة إلى الشديدة جداً بينما تمثل النسبة المتبقية درجات ذكاء تزيد عن (٧٠) وبالمتوسط ينجز الأفراد التوحديين في الجانب الأدائي لاختبارات الذكاء أفضل من الجانب اللفظي مع الآخذ بعين الاعتبار الصعوبة الكبيرة في تطبيق اختبارات الذكاء على الأفراد التوحديين .

وتظهر نسبة بسيطة جداً من الأطفال التوحديين مواهب غير عادية في وقت مبكر قد تتمثل في : الذاكرة الصماء والقدرات الحسابية المذهلة والمواهب الموسيقية أو الفنية أو يستطيع البعض أن يحدد أو يسمي يوم الأسبوع الذي يقابل أي تاريخ من التواريخ وقد يستطيع البعض أن يقرؤوا وبصوت عالي وبعمر مبكر حتى دون أن يكونوا قد تعرضوا لتعلم القراءة من قبل إلا أن هذه القراءة آلية وتفتقر إلى الاستيعاب أو استخدام الكلمات في الحياة الوظيفية وهذا ما أطلق عليه البعض مصطلح عالم التوحد .

وتقول جيفري كاولي في مقالة عن التوحد أن التوحديون غالباً ما يتفوقون في التنظيم (الحديث هنا عن الأطفال من الفئة الثانية ذوي المواهب) ويسجلون علامات أدنى من الذكور العاديين في امتحانات تتضمن توقع مشاعر الناس وتفسير تعابير وجوههم ، لكن عندما يطلب من أحدهم إيجاد مثلث داخل تصميم معقد أو توقع حركة عصا معلقة بعتلة ، يحققون نتيجة مشابه للذكور العاديين إن لم تكن أفضل ، وفي دراسة نشرت حديثاً وجد فريق بارون كوهين أن البالغين المصابين بنوع طفيف من التوحد تخلفوا عن النساء والرجال العاديين في امتحان تعاطف من ٤٠ بند لكنهم تفوقوا على المجموعتين في استطلاع عن التنظيم .

ب ـ الانتباه والدافعية :

ويبدو هذا السلوك في عدم الاهتمام أو الاكتراث للمثيرات المختلفة التي تحدث من حولهم في البيئة ، فقد لا يهتمون بالحوافز أو المكافئات المختلفة التي تقدم لهم في حال قيامهم بسلوك مناسب ، فهم لا يبدون أي نوع من أنواع الدافعية لأي شيء من حولهم .

ويفتقد الطفل التوحدي إلى الدافعية للقيام بالمهام التي تطلب منه وذلك لانشغاله في السلوكيات النمطية والروتينية ، ويبدو أن الطفل التوحدي لا توجد لديه الدوافع الموجودة عند غيره من الأطفال مثل الحاجة إلى الانسجام والتوافق والكسب الشخصي والرغبة في المنافسة والفوز وتقليد الآخرين مما يجعل المعززات المألوفة أقل فاعلية مع الأطفال التوحديين .

ويعاني جميع الأفراد التوحديين من اضطرابات في الانتباه متغيرة في الشكل والدرجة ، فكثير منهم يعاني من الحركة الزائدة والتشتت والانتقال من موضوع لآخر قبل الاندماج في الموضوع الأول ، وبعضهم لديه فترة انتباه طويلة للمواضيع التي تهمهم فقط .

وقد يظهر بعض الأطفال التوحديين خاصية الانتقائية الزائدة للمثيرات (Overselctivity Stimulis) والتي وصفها لوفاس وزملائه(Lovaas et al) في عام ١٩٧١ وهي تركيز الفرد على جزء واحد وبسيط من الشكل (ربما جزء غير مهم) وعدم التركيز على الأجزاء الأخرى للشكل (ربما أكثر أهمية) مثل التركيز في ز قميص الشخص المقابل وعدم التركيز في ملامح وتعابير وجهه .

ج ـ المزاج والمشاعر(اضطراب الوجدان) :

خلال العام الأول من عمر الطفل يعيش الطفل البشري الطبيعي حالات وجدانية بدائية ، فطرية ومتقلبة كما أن المعايشات الوجدانية في هذه السن تكون قصيرة الأمد ولكنها لا تؤدي إلى ردود فعل واسعة وشاملة .

وفي مرحلة لاحقة من حياة الطفل تمتد لعمر ٣ــ ٤ سنوات يبدأ الطفل بفهم واستيعاب معنى الانفعال والتفاعل .

أما عند طفل التوحد فنلاحظ اضطراب في الوجدان يتظاهر ببعض السلوكيات مثل التقلب الوجداني (أي الضحك والبكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث القلق

العام والتوتر. ويقاوم طفل التوحد التغير في المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغيير هلع أو انفجارات مزاجية .

ومن أهم الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد هو عدم استجابتهم لمحاولة الحب أو العناق أو إظهار مشاعر العطف ، ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحد ولا يهتم أن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين ، فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين .

د ـ القدرات الحس حركية :

يظهر الأطفال التوحديين قدرات حس حركية أفضل من بقية قدراتهم الأخرى إلا أن لديهم تأخر وتباين في هذا المجال ، ويتمثل هذا التباين في أن بعض الأطفال التوحديين لديهم قدرة على إيجاد الأصابع المخفية أو التعامل مع الألعاب الصغيرة جداً بينما هناك بعض الأطفال التوحديين يمشون متأخرين وبشكل أخرق ويسيل لعابهم باستمرار .

هـ الذاكرة :

يعاني جميع الأفراد التوحديين من مشكلات كبيرة في الذاكرة فهم وإن كانوا قادرين على تذكر الأحداث والتفاصيل البصرية إلا أنهم يحتاجون إلا تلميحات (ملقنات) لمساعدتهم على عملية التذكر والاستدعاء .

و ـ التنبؤ :

يعاني الأطفال التوحديين من صعوبات بالغة في التنبؤ بالأحداث والوقائع اللاحقة لذلك يشعرون بالارتباط والتوتر وحالة من الفوضى نتيجة عدم قدرتهم على معرفة المستقبل وتنخفض هذه الحالة عند معرفتهم بالخطوات اللاحقة .

٥ ـ ٤ ـ الخصائص الحسية :

يظهر الأفراد التوحديين تأخراً في اكتساب الخبرات الحسية كما يظهرون أشكالاً غير متناسقة من الاستجابات الحسية حيث تتباين من مستوى النشاط المنخفض جداً إلى مستوى النشاط المرتفع جداً والعديد منهم لا ينتبهون لأكثر من قناة حسية واحدة في نفس الوقت ،ويظهر الطفل التوحدي وكأنه يعاني من مشاكل سمعية أو بصرية أو لسمية ولكنه يظهر في الوقت نفسه استجابات سريعة ويقظة لبعض المثيرات مثل الصوت الخافت أو الضوء المفاجئ مما ينافي وجود إعاقة سمعية أو بصرية لديه .

ومن أبرز خصائص الأطفال التوحديين الحسية ما يلي :

أ - المثيرات الصوتية :

يظهر بعض الأطفال التوحديين حساسية سمعية حيث يسمع أصواتاً حقيقية لا يسمعها الآخرون ، مما قد تسبب له إزعاجاً وإدراكاً شديداً كما قد يبدو الطفل التوحدي كالأصم ففي الوقت الذي لا يستجيب فيه للأصوات المرتفعة جداً نجده يتألم وينزعج لبعض الأصوات الروتينية المعتادة مثل : نباح كلب ، تشغيل محرك السيارة أو صوت جرس الهاتف أو صراخ أحد الأطفال أو تحريك المقاعد بالصف أو البيت أو صوت أمواج البحر، أو حفيف أوراق الشجر ، أو تساقط المطر على السقف .

ب - المثيرات البصرية :

قد يبدوا بعض الأفراد التوحديين أنهم لا يرون بعض المثيرات البصرية وبعضهم يخاف من رؤية بعض الألوان أو بعض أشكال الإنارة وأحياناً يحدث العكس حيث يوجد لدى بعض الأفراد حساسية بصرية تتمثل برؤية أشكال حقيقية لا يراها الآخرون .

تتمثل هذه الأشكال بالتفاصيل الدقيقة للأشياء والتي لا ينتبه لها الشخص العادي ، لهذا نجد أن الظروف المحيطة بالطفل إذا كانت صعبة أو سريعة التغير كمحل ألعاب مزدحم هذا قد يسبب انزعاج الطفل التوحدي وبداية لغضبه وبكائه .

ج - المثيرات اللمسية والذوقية والشمية :

يلاحظ آباء الأطفال التوحديين أنهم يفحصون العالم من حولهم عن طريق حواسهم من الشم واللمس والذوق ولكنهم يفعلون ذلك في وقت متأخر عن أقرانهم من الأطفال تجدهم يحبون لمس الخشب الناعم ــ البلاستيك ــ الفرو الناعم ... الخ .

الأطفال ممكن أن يتعرفوا على غيرهم بهذه الحواس ، فقد يحبون شم يد والديهم وفحص وجه والديهم بلمسة خفيفة كما يفعل الأعمى ، وقد ينفرون من لمسة خفيفة أو لثمة من أحد . قد يظهر التوحديون الصغار أنهم غير حساسين للبرد أو للألم .

تعتبر خاصية اللمس من أكثر الخصائص تبايناً ففي الوقت الذي يوجد لدى بعض الأطفال التوحديين حساسية جلدية كبيرة تجعله يبتعد عندما يحاول أحد الأشخاص لمسه أو معانقته نجد بعضهم كأنه لا يشعر بالألم وقد لا يبكي على الرغم من تعرضه لأذى شديد جداً.

ونلاحظ لدى الأطفال التوحديين قصور في وسائل الإدراك البصري واللمسي والشمي والذوقي فهم يميلون إلى الخلط بين الشكل والأرضية ويكاد يوزع نظره على الأشياء دون تركيز فقد يرى أشياء أطراف مجاله النظري وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء وقد يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت .

وبعد هذا العرض الشامل تقريبا لصفات التوحدً نعرض فيما يلي لأهم الملامح الأساسية في التوحد كما وضعتها وزارة الصحة في سورية وتحت رعاية منظمة الصحة العالمية في دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في هذا المجال فحددت هذه الملامح بما يلي :

يبدأ غالباً قرابة السنة الثالثة من العمر وقد يكون التطور حتى هذه السن طبيعياً أو غير طبيعي.

ضعف وتأخر النمو في التفاعل والتواصل الاجتماعي أي عدم استجابة الطفل وعدم تفاعله مع الآخرين حتى أبويه وتجنبهم بشكل فاعل، فهو لا ينظر إليهم على الإطلاق بل يبدو كأنه يركز بصره على نقطة تبعد عدة أميال .

تأكيد وسواسي على عدم التغيير وتكرار الفعاليات والاهتمامات بالأشياء الجامدة ، ويظهرون العديد من التصرفات الطقوسية المتكررة (فتح الباب وإغلاقه باستمرار لعدة ساعات ، تشغيل الضوء وإطفائه لعدة ساعات ، تقليب أوراق مجلة لعدة ساعات) .

إن كل الأطفال المصابين بالتوحد تقريباً يظهرون سروراً واهتماما باللعب بالماء.

يتعاملون مع الناس وكأنهم أشياء جامدة (يستخدم ذراع أمه كعصا لجلب أشيائه).

لغة هؤلاء الأطفال غريبة (صداء لفظي ، يتكلم عن نفسه وكأنه شخص آخر ، بعضهم لا يتكلم أبداً ، تطور شاذ لطبقة الصوت) .

قدرات غير معقولة (طفل بعمر خمس سنوات يقرأ صحيفة دون أخطاء مع أنه لا يفهم ما يقرأ)

الدور الخيالي في اللعب كثيراً ما يكون غائباً ، وعادة يكونون وحيدين خارج محيطهم ، ولا يحبون مشاركة الآخرين من أقرانهم .

الفصل الخامس

تقييم البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية واضطراب التوحد ،في ضوء معايير الجودة

إن التطور الملحوظ في العشرة عقود الأخيرة في مجال الاهتمام بالإعاقة في مختلف جوانبها انعكس على الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بشكل ايجابي، وإن المتابع للخدمات والبرامج التي تقدمها التربية الخاصة يلحظ اهتماماً واضحاً يتمثل في العمل على تطوير البرامج والخدمات والكوادر العاملة واستراتجيات القياس والتشخيص والتعليم، في ضوء جملة من المعايير والمؤشرات التي تضبط عمليات التربية الخاصة ؛ بغية الوصول إلى مستوى متقدم للخدمات والبرامج النوعية ، وتحسين نوعية حياة الأطفال ذوي الإعاقة بشكل عام. وتعد الإعاقة العقلية واضطراب التوحد من الإعاقات التي تحظى باهتمام الباحثين والمختصين؛ إذ إن تأثيرهما لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصية الطفل ذي الإعاقة؛ بل يتجاوز ذلك ليشمل جوانب مختلفة منها المعرفي، والاجتماعي واللغوي والانفعالي، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أسر هؤلاء الأطفال والمجتمع كله.

اضطراب التوحد:

يُعدُّ التوحد أحد الإضطرابات النمائية، وهي من أكثر الإضطرابات شدّة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها ،وذلك لأن تأثيرها لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصيته، وإنما يتسع ليشمل جوانب مختلفه منها الجانب المعرفي والجانب الاجتماعي والجانب اللغوي والإنفعالي، مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها (خليل، ٢٠٠٩؛ الخطيب ٢٠١٠).

ويعد التوحد اضطراباً أو متلازمة تعرف سلوكياً، وأن المظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى سن (٣٠) شهراً من العمر، ويتضمن اضطراباً في الكلام واللغة، والسعة المعرفية، واضطراباً في التعلق والانتماء إلى الأشياء والموضوعات والناس والأحداث.(Autism Society of American, ٢٠٠٣).

أما كولمان (Colman, ٢٠٠٣) فيعرف التوحد بأنه اضطراب نمائي عام يتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل ،كما أنه يتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية النمطية المحددة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام ، وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر (Colman, ٢٠٠٣).

ويعرف التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، وهو اضطراب عصبي يؤثر على نمو ووظيفة الدماغ، مما يسبب صعوبة لدى الطفل التوحدي في التواصل والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويُظهر العديد من السلوكات النمطية المتكررة..

ضبط الجودة في التعليم:

نعيش عصراً تدفقت فيه المعرفة الإنسانية ،وتنوعت الإنجازات الفكرية والعلمية والثقافية، وتعاظمت الإبداعات التكنولوجية والطموحات الاقتصادية، وأصبحت الحصيلة المعرفية لمجتمع ما، هي المعيار والقوة التي تصوغ حاضره، وتؤمن مستقبله.

لذا حظيت عمليات إصلاح التعليم باهتمام كبير في معظم دول العالم إلى حد جعل المفكرين يطلقون على هذا العصر (عصر الجودة الشاملة) باعتبارها إحدى الركائز الأساسية لمسايرة المتغيرات الدولية ومحاولة التكيف معها، فأصبح المجتمع العالمي ينظر إلى الجودة الشاملة والإصلاح التربوي باعتبارهما وجهين لعملة واحدة، بحيث يمكن القول إن الجودة هي التحدي الحقيقي الذي يواجه الأمة في العقود القادمة .

مفهوم ضبط الجودة في التعليم:

للوقوف على معنى ضبط الجودة في التعليم يذكر الزواوي (٢٠٠٣) أن الجودة في التعليم هي معايير عالمية للقياس والاعتراف والانتقال من ثقافة الحد الأدنى إلى ثقافة الإتقان والتميز، واعتبار المستقبل هدفاً نسعى إليه جميعاً.

ويضيف أُفيديل وستانلي(Avid & Stanly, ٢٠٠٤) أن الجودة في التعليم مرتبطة بالمنتجات المادية والخدمات والبرامج وبالأفراد والعمليات والبيئة التعليمية ، بحيث تتطابق مع التوقعات.

معايير الاعتماد وضبط الجودة :

إن أنظمة إدارة الجودة العالمية، أثبتت بمجملها فاعلية في تحسين وتطوير المؤسسات التعليمية ،ومنها المؤسسات التعليمية التي تعنى بالأفراد ذوي الإعاقات، التي طبقتها داخل البلدان التي نشأت فيها، وخارجها من الدول التي قامت بتطبيقها. إن تطبيق أي نظام من أنظمة إدارة الجودة العالمية بفاعلية من قبل أية مؤسسة تعليمية والحصول على شهادة من جهة مانحة، ومعتمدة عالمياً، يؤدي إلى زيادة الثقة بجودة نشاطه وأدائه، إلا أن استمرار أية مؤسسة تعليمية يكون بالمحافظة على الاعتماد العالمي منوط بمدى التزام المؤسسة بالتحسن والتطوير المستمر والوفاء بمتطلبات نظام الجودة الدولي الذي أُعتمد بناءً عليه. وقد تختلف مؤشرات ومعايير ضبط الجودة والاعتماد في إعدادها وصياغتها وعمقها واتساعها باختلاف الدول التي تطبقها، إلا أن جميعها تتفق في المحتوى والمضمون والتوجهات .

ونظرًا لأن فاعلية برامج التربية الخاصة تُحدّد عن طريق قياس مدى تحقيق الأهداف الموضوعة، فإن ضبط الجودة ،أيضاً، يُقاس عن طريق مدى تحقيق الأهداف الموضوعة، وعليه فإن ضبط الجودة في التربية الخاصة يقاس من خلال البرامج المقدمة عن طريق مدى تحقيق تلك البرامج للأهداف الموضوعة وفق مقاييس مصممة خصيصاً لتقييم تلك البرامج اعتماداً على معايير تقديم الخدمة في تلك البرامج، وهذا ما يتم السعي إلى تحقيقه، وهو ما يطلق عليه ضبط الجودة .

الدراسات السابقة :

تم الاطّلاع على العديد من البحوث والدراسات السابقة في مجال الإعاقة العقلية واضطراب التوحد بمراجعة الدوريات ومستخلصات الرسائل، والبحث في الشبكة المعلوماتية. وتبين للباحث قلة الدراسات ذات الصلة بموضوع جودة برامج وخدمات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد التي تناولت مؤشرات ضبط جودة نوعية برامج التربية الخاصة عموماً، وتم الرجوع إلى الدراسات التي بحثت في تقييم برامج الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد، ممثلة في تقييم فعالية البرامج المقدمة لهاتين الفئتين.

وقد تمّ عرض الدراسات والبحوث السابقة التي تم التوصل إليها من خلال أربعة محاور رئيسة، وهي:

دراسات تقييم برامج وخدمات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

دراسات تقييم برامج وخدمات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

دراسات المعايير و ضبط الجودة في برامج التربية الخاصة المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد.

أولاً: الدراسات التي تناولت محور تقييم برامج وخدمات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية:

دراسة الخالدي (٢٠١١) هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية الخدمات المقدمة في مؤسسات التربية الخاصة في الأردن، في ضوء نتائج تقويم الحاجات للمستفيدين من هذه الخدمات، وتكون أفراد الدراسة من جميع مؤسسات التربية الخاصة التي تعني بفئات الإعاقة : البصرية والسمعية، والعقلية، والتوحد، والجسمية. في أقاليم الوسط، والشمال،والجنوب، وأظهرت نتائج الدراسة بأن هناك العديد من الحاجات المشتركة التي لا بد من توفيرها في مؤسسات التربية الخاصة، وهذه الحاجات هي: الخدمات التربوية، والاجتماعية، والعناية بالذات والحياة اليومية،

والترويح والرياضة، والتأهيل، والرعاية الصحية، وهناك حاجات خاصة بكل فئة إعاقة ففي الإعاقة البصرية الحاجات الخاصة هي: الحاجة للتعرف والتنقل، والحاجة التكنولوجية. وفي الإعاقة السمعية الحاجة التكنولوجية. وفي الإعاقة الجسمية الحاجة التكنولوجية، والتسهيلات البيئية. وفي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد الحاجة للإرشاد. كما أشارت النتائج إلى أن مستوى فاعلية الخدمات المقدمة في مؤسسات الإعاقة البصرية ومؤسسات الإعاقة السمعية واضطراب التوحد كان منخفضا، ومستوى فاعلية الخدمات المقدمة في مؤسسات الإعاقة الجسمية والإعاقة العقلية كان متوسطا.

هدفت دراسة الشلول (٢٠٠٥) إلى تقويم البرامج التربوية المقدمة للمعاقين عقلياً في مراكز التربية الخاصة في مدينة عمان من وجهة نظر المديرين والمعلمين.وتكون أفراد الدراسة من جميع مديري ومديرات ومعلمي ومعلمات الأطفال المعاقين عقلياً الملتحقين بمراكز التربية الخاصة في مدينة عمان الكبرى. حيث بلغ عدد أفراد الدراسة (٢٣٠) فردًا موزعين على النحو الآتي:(٣٤) مديراً ومديرة و(١٩٦) معلماً ومعلمة. وقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم المديرين/المديرات، المعلمين/ المعلمات على الأبعاد الأربعة للبرامج التربوية، وهي: (الخطة التربوية الفردية، والخطة التعليمية، وأساليب التدريس، وأساليب التقويم)، كما أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على متغيرات الدراسة.

كما أجرى براد شو تنانتوليدات(Bradshaw, Tennant & Lydiatt, ٢٠٠٤) دراسة نوعية بعنوان: القلق والاتجاهات والطموحات وطرق تشخيص الإعاقة العقلية. وهدفت إلى وصف البرامج والخدمات التي تقدم للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، من أجل تطوير برامج إعداد المعلمين. بالإضافة إلى قياس مدى توافر الإمكانات لدى المعلم على تشخيص الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وقدرته على تدريسهم. وقد تكونت عينة الدراسة من جميع معلمي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في القطاع العام والخاص.

وتكونت أداة الدراسة من قائمة بالكفايات اللازمة لمعلمي الإعاقة العقلية ، بالإضافة إلى أسئلة مفتوحة تتعلق بالجزء الأول من الدراسة.

وأظهرت نتائج الدراسة أن معلمي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بحاجة إلى تدريب أثناء الخدمة في مجال التشخيص والبرامج للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وتطوير كفاياتهم في استخدام

أساليب التدريس الفعالة معهم، ونظراً لأن الدولة تشهد تغيرات وتطورات مهمة، فإن التغيرات في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية سوف تتحقق بسرعة كبيرة. ومن أجل نجاح عملية التغيير لا بدّ من القيام بجمع المعلومات حول طرق التشخيص والبرامج المقدمة، وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بهذه الفئة، إضافة إلى توافر كافة الوسائل والخدمات المساندة في تشخيص الطلبة، وتطوير كافة البرامج التي تسهم في عملية تدريس هذه الفئة في المدارس العامة.

وفي دراسة أعدها العنزي (٢٠٠٤) بعنوان: " فاعلية الخطة التربوية الفردية في تدريس المهارات الرياضية للمعاقين عقلياً في السعودية" هدفت إلى استقصاء فعالية الخطة التربوية الفردية في تدريس المهارات الرياضية للمعاقين عقلياً في منطقة تبوك في السعودية، وتألفت عينة الدراسة من جميع الطلبة ذوي الإعاقات البسيطة والمتوسطة والملتحقين في برامج التربية الخاصة في إدارة تعليم منطقة تبوك. وأظهرت النتائج فعالية البرنامج التربوي الفردي والخطة التربوية الفردية في تدريس المهارات الرياضية للمعاقين عقلياً.

كما أجرى إيسن و يلدز (Aysun and Yildiz, ٢٠٠٤) دراسة هدفت إلى تحليل آراء ومقترحات معلمي التربية الخاصة بشأن طرق تعليم القراءة والكتابة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية. وتكونت عينة الدراسة من (١٧) معلماً لديهم (١١) سنة خبرة في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً. وتم تحليل البيانات على محاور الدراسة. وأشارت الدراسة إلى أن أكثر الأساليب التعليمية استخداماً هي: أسلوب تحليل المهمات وأسلوب التكرار، والتعليم الفردي والجمعي، والتمثيل ولعب الأدوار، والانتقال من المهارات البسيطة إلى المهارات الصعبة. كما أظهرت الدراسة عدم تفعيل الأساليب التعليمية بصورة إيجابية، كما أنها تترك لاجتهادات المعلمين. أما أهم المشكلات التي كانوا يواجهونها فهي نقص التدريب والتأهيل ،ومشكلات مع الأسر ووزارة التربية الوطنية، ومركز الأبحاث، ومديري المدارس. وأوصت الدراسة بإجراء مقابلات أكثر مع المشاركين وفي سياقات مختلفة، والتعاون بين وزارة التربية، ومراكز البحث، والجامعات، ومديري المؤسسات، والأسر والمعلمين.

ثانياً: *الدراسات التي تناولت محور تقييم برامج وخدمات الأطفال ذوي اضطراب التوحد:*

أجرى الشمري (٢٠٠٧) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج، وبيان ما إذا كان التقييم سواءً أكان

حكومياً أم أهلياً، يختلف باختلاف طبيعة البرنامج ،أو باختلاف الخبرة التعليمية، أو من ناحية جنس الفئة المستهدفة. وتكونت عينة الدراسة من جميع المراكز التي تقدم الخدمة للتلاميذ التوحديين، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تقييم أفراد عينة الدراسة للبرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين كان إيجابياً، كما أشارات النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد التي تقدم في إطار هذه المراكز في جوانب البرامج الآتية: أبعاد أساليب التقييم، والخطة التعليمية الفردية، ودور الأسرة والدرجة الكلية لصالح (القطاع الأهلي)، في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير الخبرة على الآراء التي يبديها العاملون حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية. كذلك أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العاملين في آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في أبعاد أساليب التقييم والخطة التربوية الفردية ودور الأسرة (لصالح الإناث)، كما لم تظهر النتائج وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العامل على آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية، والخدمات المساندة، وأساليب تعديل السلوك، والدرجة الكلية.

وأجرى العلوان (٢٠٠٦) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين في الأردن من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) فردًا تم توزيعهم على النحو الآتي: (٦٠) شخصًا يمثلون أولياء أمور الأطفال التوحديين، و (٦٠) معلما من العاملين في مراكز التربية الخاصة، ولجمع البيانات طوّر الباحث أداة تكونت من (٧٠) فقرة اشتملت على أربعة مجالات، وهي: المجال الاجتماعي ،ومجال تعديل السلوك، والمجال التربوي ،والمجال الترفيهي، وأشارت نتائج الدراسة إلى:فاعلية البرامج الاجتماعية، والترفيهية المقدمة للأطفال التوحديين من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وعدم فاعلية البرامج التربوية والبرامج السلوكية المقدمة للأطفال التوحديين.

وفي دراسة مسحية (Education Service Center Region, ٢٠٠٤) على مستوى ولاية تكساس قام بها مركز ريغن لمعرفة مدى رضا أولياء أمور الطلبة التوحديين الذين يتلقون

خدمات التربية الخاصة عن الجوانب الآتية: الأهلية والإحالة، والدخول في البرنامج ومناقشته، والخدمات التعليمية، والتوثيق والسجلات، والخدمات الانتقالية، والنظام، ومصادر المعلومات، والرضا العام، باستخدام استمارات خاصة تتم الإجابة عنها بنعم أو لا، بالإضافة إلى ستة أسئلة مفتوحة تغطي نوعية ومصادر المعلومات وطرق التزود بها، وأفضل الطرق لإيصال المعلومات. وتكونت عينة الدراسة من (٢٣٣) ولي أمر لأطفال توحديين، وأشارت النتائج إلى مستويات منخفضة من الرضا فيما يتعلق بالخدمات التعليمية، ودرجات متوسطة من الرضا عن التوثيق والسجلات والمساعدات، ومستويات عالية من الرضا عن مصادر المعلومات وفائدتها. أما بالنسبة للرضا العام فإن (٥٤%) من الآباء أظهروا مستويات عالية من الرضا عن برامج التربية الخاصة المقدمة لأطفالهم بشكل عام، و(٣٣%) أظهروا درجات متوسطة من الرضا عن الخدمات، و(١٣%) غير مقتنعين بالخدمات المقدمة. وقد اختلفت مستويات الرضا تبعاً لمتغيرات مثل: درجات التأهيل العلمي، حيث إن الآباء الأكثر تعليماً كانوا أقل رضاً. وبالنسبة لوجود الطفل في المركز، فإنه كلما زادت مدة وجود الطفل في المركز كان الرضا أقل.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت مؤشرات ضبط الجودة للأشخاص ذوي الإعاقة:

قام الزارع (٢٠٠٨) بدراسة هدفت إلى بناء مؤشرات لضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين وتحديد درجة انطباقها على مراكز الأطفال التوحديين في المملكة العربية السعودية. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) مركزاً حكومياً تقدم خدماتها للأطفال التوحديين الذكور، بحيث مثلت مناطق السعودية. ولجمع النتائج تم بناء مقياس مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية المقدمة للأطفال التوحديين بعد التوصل إلى العناصر الأساسية، وتكون المقياس من (١٧٥) مؤشراً رئيساً و (١٠٧) مؤشرات فرعية. وأشارت النتائج إلى أن هناك مؤشرات لعنصرين من عناصر ضبط الجودة انطبقت بدرجة عالية هي مؤشرات عنصر "البرنامج التربوي والخطة التربوية الفردية" ، ومؤشرات عناصر "تحليل السلوك التطبيقي تعديل السلوك". في حين أن هناك مؤشرات لأربعة عناصر انطبقت بدرجة متوسطة ،وهي على التوالي: مؤشرات عنصر "طرق التدريس والتدريب" ، وعنصر "المنهاج المرجعي،" ومؤشرات عنصر "التهيئة للدمج"، ومؤشرات عنصر "التقييم والتشخيص". وباقي مؤشرات العناصر وعددها خمسة انطبقت بدرجة متدنية وهي: مؤشرات عنصر "البيئة التعليمية" ومؤشرات

عنصر" تقييم البرنامج المقدم والمركز" ،ومؤشرات عنصر" الخدمات المساندة" ،ومؤشرات عنصر "الكوادر العاملة" ، وكانت أقل المؤشرات انطباقاً هي مؤشرات عنصر "مشاركة الأسرة".

وأجرى تايتجنز وماك كراي وكو- تشير(Tietjens, McCray, and Co-chair, ٢٠٠٥) ، دراسة هدفت إلى تقييم البرامج والأنشطة المقدمة للطلاب التوحديين في مدارس التربية الخاصة في ولاية مونتانا "كونتري لويس" في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تم تطبيق مقياس مؤشرات الجودة النوعية لبرامج التوحد(Autism Program Quality Indicators, APQI) الذي بناه كريمنز و ديوراند وكوفمان وإيفيريت Crimmins, Durand, Kafman and Everett (٢٠٠١)، وذلك من أجل قياس وتقييم وتحليل الخدمات والبرامج والأنشطة المقدمة للطلاب التوحديين في تلك المنطقة، وتم تطبيق المقياس خلال الفترة ما بين شهر (أيلول ٢٠٠٤ – شباط ٢٠٠٥). حيث أوردت الدراسة تفاصيل العملية التعليمية من نتائج ونصائح تؤدي إلى تحسين الأنشطة المستقبلية للطلاب التوحيديين. وتكونت العينة من (٧٨) طالباً من الطلاب التوحيديين في البرامج في مقاطعة "كنتري لويس"، وتم اختيار أسلوب تحليل التباين الأحادي لتحليل بيانات برنامج التقييم، وأظهرت نتائج الدراسة نقاط القوة والضعف في البرامج المقدمة للطلاب التوحيديين. فمن نقاط القوة فيها مثلاً، ملاحظة الآباء عموماً المعيار النبيل للهيئة التدريسية، وتعامل معلمي البرامج الخاصة مع أطفالهم باحترام وتوقع نتائج جيدة منهم بعكس العامة. ومن نقاط الضعف في البرامج عدم الشمولية للبرامج المقدمة، وتدني مستوى الدعم التقني والتدريبي، وعملية المراقبة والتقييم الذاتي، وتصنيف الطلاب إلى مستويات متدرجة وبخاصة في البرامج العامة.

الطريقة والإجراءات:

يقدم هذا الجزء وصفاً لأفراد الدراسة وأداة الدراسة، وإجراءات التطبيق الذي اتبعها الباحث ، والمعالجة الإحصائية للبيانات.

مجتمع الدراسة وعينتها:

اشتمل مجتمع الدراسة وعينتها على جميع مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن (حكومي، وخاص، وتطوعي، ودولي) والمتمثلة في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة التي تقدم البرامج والخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية ،والأطفال ذوي اضطراب التوحد في أقاليم المملكة الثلاثة :(إقليم الشمال، والوسط، والجنوب) وعددها (١٦٠) مؤسسة ومركزاً من

أصل (٢٩٥) مؤسسة ومركزاً تخدم جميع فئات الإعاقة المختلفة. حسب دليل المؤسسات التي تعنى بالأشخاص ذوي الإعاقات في المملكة الذي أصدره المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين سنة (٢٠١٠). والجدول(١) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الأقاليم ونوع الإعاقة.

الجدول (١)

توزيع أفراد عينة الدراسة

الإقليم	المراكز التي تقدم خدماتها لذوي الإعاقة العقلية		المراكز التي تقدم خدماتها لذوي اضطراب التوحد		
	مراكز الإعاقة العقلية	مراكز تخدم أكثر من إعاقة	مراكز التوحد	مراكز تخدم أكثر من إعاقة	المجموع
الوسط	٣٧	١٧	٧	٢٧	٨٨
الشمال	٢١	١٤	١	١٤	٥٠
الجنوب	١٣	٢	-	٧	٢٢
المجموع الكلي	٧١	٣٣	٨	٤٨	١٦٠

أدوات الدراسة:

يوجد هناك معايير الاعتماد العام لمؤسسات التربية الخاصة والتي تهدف إلى تحسين مؤسسات التربية الخاصة، من حيث ضرورة وجود برامج ومواصفات عامة لا بد من توافرها في أي مركز من مراكز التربية الخاصة، ويوجد، أيضا، معايير الاعتماد الخاص حيث يوجد معايير خاصة في مراكز الإعاقة العقلية تشتمل على أبعاد ومجالات متخصصة لا بد من توافرها في المؤسسات التي تقدم الخدمة لذوي الإعاقة العقلية، ومعايير خاصة بمؤسسات الأطفال ذوي اضطراب التوحد ، تشتمل على مجموعة من المتطلبات الخاصة التي لابد من توافرها لضمان وجود خدمة نوعية، ولجمع البيانات عن واقع مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية ،والأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، فقد تم اعتماد المعايير التي أصدرها المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين لأغراض هذه الدراسة وهما: معايير الاعتماد الخاص لمؤسسات وبرامج الإعاقة العقلية، وتشتمل على ثمانية مجالات ،وهي: (الرؤية والفكر والرسالة، والإدارة والعاملون، والبيئة التعليمية، والتقييم، والخدمات والبرامج، ومشاركة الأسرة، والدمج

والخدمات الانتقالية، والتقييم الذاتي)، ومعايير الاعتماد الخاص لمؤسسات وبرامج اضطراب التوحد، وتشتمل أيضا على ثمانية مجالات ،وهي: (الرؤية والفكر والرسالة، والإدارة والعاملون، والبيئة التعليمية، والتقييم، والخدمات والبرامج، ومشاركة الأسرة، والدمج والخدمات الانتقالية، والتقييم الذاتي).

إجراءات الدراسة:

مرّت عملية إعداد هذه الدراسة بعدة مراحل تمثلت فيما يلي:

تم أخذ الموافقة الرسمية من المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين في استخدام المعايير وتطبيقها على مؤسسات التربية الخاصة .

قام الباحث بالتقدم للحصول على موافقة كل من وزارة التنمية الاجتماعية، والاتحاد العام للجمعيات الخيرية للتطبيق في مراكز التربية الخاصة التابعة لهما.

تم حصر المؤسسات والمراكز والمدارس التي تقدم برامجها وخدماتها التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية ،والأطفال ذوي اضطراب التوحد ،من حيث أعدادها وأماكن توزيعها بالرجوع إلى مديريات التربية الخاصة في كل من وزارة التنمية الاجتماعية، والإتحاد العام للجمعيات الخيرية. والاستعانة بدليل مؤسسات ومراكز التربية الخاصة الذي أصدره المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين سنة (٢٠١٠).

قام الباحث بالاستعانة بعدد من المختصين للمساعدة في التطبيق، بعد تدريبهم على كيفية استخدام الأدوات.

٥. قام الباحث بتزويد المختصين الذين تم اختيارهم وتدريبهم بأداة الدراسة لتطبيقها وجمع البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة.

٦. قام الباحث مع المختصين بزيارة مؤسسات ومراكز التربية الخاصة ومشرفي ومسئولي التربية الخاصة لقياس درجة انطباق الأبعاد (المؤشرات) على واقع البرامج القائمة، وقد استغرقت مدة التطبيق (٥) أشهر للعام ٢٠١٢ /٢٠١٣، وقد تمكن الباحث من الوصول إلى (١٦٠) مؤسسة ومركزاً تقدم برامجها للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد في أقاليم المملكة الثلاثة:(إقليم الجنوب، والوسط، والشمال). وتشكل ما نسبته (١٠٠%) من مجتمع الدراسة.

٧. تحليل نتائج الأداتين للإجابة عن أسئلة الدراسة المتعلقة بتقييم مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد.

التحليل الإحصائي:

قام الباحث بتحليل البيانات بعد جمعها. ثم إخضاع هذه البيانات الكمية إلى التحليل باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)، وقد تم استخراج المتوسطات الحسابية لفقرات الأداة الخاصة بتقييم البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأداة الخاصة بتقييم البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، ثم صنفت التقديرات،وجرى ترتيبها وفقاً للمتوسط الحسابي للتقدير إلى الفئات الآتية:

مرتفع إذا كان الوسط الحسابي (درجة الانطباق)، (٠.٦٧) فأكثر.

متوسط إذا كان الوسط الحسابي (درجة الانطباق) ما بين (٠.٣٤) إلى (٠.٦٦)

متدنٍ إذا كان الوسط الحسابي (درجة الانطباق)، (٠.٣٣)فأقل.

النتائج:

هدفت الدراسة إلى تقييم البرامج والخدمات المقدمة في مؤسسات الإعاقة العقلية واضطراب التوحد، ويتضمن وصفاً لنتائج تحليل البيانات الكمية، للإعاقة العقلية واضطراب التوحد.

أولاً: الإعاقة العقلية:

في الإجابة عن السؤال الأول: ما مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير الأردنية؟

بداية قد تم اعتماد ثلاثة مستويات لفاعلية الخدمات والبرامج التربوية المقدمة لذوي الإعاقة العقلية في مؤسسات التربية الخاصة وكانت على النحو الآتي:

المستوى المرتفع (٠.٦٧ – فأكثر) .

المستوى المتوسط (٠.٣٣ – ٠.٦٦) .

المستوى المتدني (أقل من ٠.٣٣)

وتم استخراج المتوسطات الحسابية لأبعاد الأداة ، والجدول (٢) يوضح المتوسطات الحسابية، ومستوى الفاعلية للأبعاد الرئيسة للأداة، ودرجة انطباق عناصر ضبط الجودة في البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، مرتبةً تنازلياً حسب درجة انطباقها.

الجدول (٢)

المتوسطات الحسابية ومستوى الفاعلية مرتبة تنازلياً لجميع أبعاد الأداة الرئيسة للبرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

م	أبعاد الأداة الرئيسة	المتوسط الحسابي	مستوى الفاعلية
٥	الخدمات والبرامج	.٧٧	مرتفع
٣	البيئة التعليمية	.٥٩	متوسط
٤	التقييم	.٦٠	متوسط
٢	الإدارة والعاملون	.٥٠	متوسط
١	الرؤية والفكر والرسالة	.٢٩	متدنٍ
٦	مشاركة ودعم وتمكين الأسرة	.٣٠	متدنٍ
٧	الدمج والخدمات الانتقالية	.٢٥	متدنٍ
٨	التقييم الذاتي	.٢٧	متدنٍ
*	أبعاد الأداة ككل	.٤٤	متوسط

يبين الجدول (٢) أن المتوسطات الحسابية لجميع أبعاد أداة البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن قد تراوحت مابين (٠.٢٥-٠.٧٧)، حيث إن بُعداً واحداً كانت درجة انطباقه على برامج مؤسسات ومراكز الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مرتفاً وهو: "بُعد الخدمات والبرامج" بمتوسط (٠.٧٧).

كما يبين الجدول وجود ثلاثة أبعاد رئيسة انطبقت بدرجة متوسطة ، وهي على التوالي: "بُعد البيئة التعليمية" بمتوسط حسابي مقداره (٠.٥٩)، وبُعد "التقييم" بمتوسط (٠.٦٠)، و "بُعد الإدارة والعاملون" بمتوسط (٠.٥٠).

كما يبين الجدول (٢) إلى أن أربعة أبعاد كانت درجة انطباقها متدنية، وهي: و "بُعد الرؤية والفكر والرسالة" بمتوسط (٠.٢٩)،و"مشاركة ودعم وتمكين الأسرة"بمتوسط (٠.٣٠)، و" بُعد الدمج والخدمات الانتقالية" بمتوسط (٠.٢٥)، و "بُعد التقييم الذاتي" بمتوسط مقداره (٠.٢٧)

ثانياً: اضطراب التوحد

للإجابة عن السؤال الأول: ما مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن في ضوء المعايير الأردنية؟ فقد تم اعتماد ثلاثة مستويات لفاعلية الخدمات والبرامج التربوية المقدمة لذوي اضطراب التوحد في مؤسسات التربية الخاصة، وكانت على النحو الآتي:

المستوى المرتفع (٠.٦٧ – فأكثر) .

المستوى المتوسط (٠.٣٣ – ٠.٦٦) .

المستوى المتدني (أقل من ٠.٣٣)

وتم استخراج المتوسطات الحسابية لأبعاد الأداة ، والجدول (٣) يوضح المتوسطات الحسابية، ومستوى الفاعلية للأبعاد الرئيسة للأداة، ودرجة انطباقها على البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، مرتبةً تنازلياً حسب درجة انطباقها.

الجدول (٣)

المتوسطات الحسابية ومستوى الفاعلية لجميع أبعاد الأداة الرئيسة للبرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد مرتبةً تنازلياً

	الأبعاد الرئيسة	المتوسط الحسابي	مستوى الفاعلية
٣	**الخدمات والبرامج**	.٦٩	**مرتفع**
٥	**التقييم**	.٦١	**متوسط**
٦	**البيئة التعليمية**	.٥٢	**متوسط**
٢	**الإدارة والعاملون**	.٤٢	**متوسط**
١	**الرؤية والفكر والرسالة**	.٣٠	**متدن**
٤	**مشاركة ودعم وتمكين الأسرة**	.٢٨	**متدن**
٧	**الدمج والخدمات الانتقالية**	.٢٨	**متدن**

٨	التقييم الذاتي	٢٩.	متدن
*	أبعاد الأداة ككل	٤٢.	متوسط

يبين الجدول(٣) أن المتوسطات الحسابية لجميع أبعاد أداة تقييم البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن قد تراوحت مابين (٠.٢٨-٠.٦٩)، حيث إن هناك مؤشراً رئيساً واحداً كانت درجة انطباقه على برامج مؤسسات ومراكز الأطفال ذوي اضطراب التوحد مرتفعة،وهو:"بُعد الخدمات والبرامج" بمتوسط حسابي مقداره (٠.٦٩). كما يبين الجدول وجود ثلاثة مؤشرات رئيسة انطبقت بدرجة متوسطة ،وهي على النحو الآتي: "بُعد التقييم" بمتوسط حسابي مقداره (٠.٦١)،و"بُعد البيئة التعليمية" بمتوسط (٠.٥٢)، و"بُعد الإدارة والعاملون " بمتوسط حسابي (٠.٤٢).

كما يبين الجدول أن هناك أربعة مؤشرات كانت درجة انطباقها متدنية، وهي: "بُعد الرؤية والفكر والرسالة" بمتوسط (٠.٣٠).و"بُعد مشاركة ودعم وتمكين الأسرة" ، و"بُعد الدمج والخدمات الانتقالية" بمتوسط حسابي مقداره (٠.٢٨) لكل منهما، وبعد التقييم الذاتي بمتوسط حسابي (٠.٢٩).

مناقشة النتائج والتوصيات :

يتناول هذا الجزء مناقشة النتائج التي تم الحصول عليها من خلال ربط النتائج الكمية للبيانات المتعلقة بتقييم مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، بأداتي الدراسة، والتي تم عرضها بالتفصيل في الفصل الرابع. وتنتهي المناقشة بتقديم ملخص لأبرز النتائج، ثم تقديم بعض التوصيات الخاصة بإجراء مزيد من الدراسات والبحوث.

السؤال الأول:

* مناقشة النتائج المتعلقة بمستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية:

أشارت النتائج فيما يتعلق بدرجة انطباق المؤشرات النوعية لكل بعد على مؤسسات ومراكز التربية الخاصة التي تقدم البرامج والخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الأردن أن بعد الرؤية والفكر والرسالة، وبعد مشاركة ودعم وتمكين الأسرة، وبعد الدمج والخدمات

الانتقالية، وبعد التقييم الذاتي حصلوا على مستوى متدن . وحصل بعد البيئة التعليمية، وبعد التقييم، وبعد الإدارة والعاملين على مستوى متوسط، وحصل بعد البرامج والخدمات على مستوى مرتفع.كما أشارت النتائج فيما يتعلق بالدرجة الكلية لانطباق المؤشرات النوعية إلى أن متوسط الانطباق على جميع أبعاد الأداة ككل كان ذا درجة متوسطة.

ومن المفيد هنا التنويه بأن الدرجة المتوسطة لا تعطي الانطباع بأن الوضع القائم حالياً للبرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية سيء، ويقود إلى التشاؤم، ولكنه يعطي انطباعاً بأن هناك ما هو مقبول بدرجة معقولة، ولكن يمكن التفاؤل بإمكانية تطويره وتحسينه لاحقاً. وخاصة بعد إصدار المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين معايير الاعتماد الخاص لمؤسسات وبرامج الأشخاص ذوي الإعاقات العقلية.

ويعزو الباحث النتيجة السابقة إلى عدم وجود مؤشرات لضبط الجودة لمثل هذا النوع من البرامج في السابق، أو بعدم فاعليتها إن وجدت؛ مما يجعل القائمين على البرامج التربوية من كوادر إدارية وفنية وتعليمية لا تعطي اهتماماً كبيراً لقضية ضبط الجودة والنوعية لهذه البرامج. والذي يمكن تفسيره من قبل الباحث بعدم تفعيل الإشراف الفني والمتابعة والتقييم على هذه البرامج من قبل الجهات المعنية لعدم وضوح الرؤية فيما يخص مؤشرات ضبط الجودة. ولقلة الكوادر الإدارية والفنية المؤهلة والمدربة. وقد يعود ذلك إلى قلة وعي الآباء بما يُقدّم لأطفالهم من برامج، وعدم المشاركة في مثل هذه البرامج، وعدم متابعتها للتأكد من جودتها وفاعليتها. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة أيسن ويلدز (Aysun and Yildiz, ٢٠٠٤). التي أشارت بعض نتائجها إلى عدم قيام المعلمين بتفعيل طرائق التعليم بشكل مناسب. كما وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة الخالدي(٢٠١١) والتي أشارت إلى أن مستوى فاعلية الخدمات المقدمة في مؤسسات الإعاقة البصرية، ومؤسسات الإعاقة السمعية واضطراب التوحد كان منخفضا،ومستوى فاعلية الخدمات المقدمة في مؤسسات الإعاقة الجسمية والإعاقة العقلية كان متوسطا . وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة براد شو وليدات (٢٠٠٤)التي أشارت إلى أن معلمي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بحاجة إلى تدريب أثناء الخدمة في مجال التشخيص والبرامج للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وتطوير كفاياتهم في استخدام أساليب التدريس الفعالة معهم.

كما تتفق مع دراسة الشلول (٢٠٠٥) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم المديرين/ المديرات، المعلمين/ المعلمات على الأبعاد الأربعة للبرامج التربوية ، وهي: (الخطة التربوية الفردية، والخطة التعليمية، وأساليب التدريس، وأساليب التقويم). وتختلف مع نتائج دراسة العنزي (٢٠٠٤) التي أشارت إلى عدم فعالية البرنامج التربوي الفردي والخطة التربوية الفردية في تدريس المهارات الأكاديمية للمعاقين عقلياً.

السؤال الثاني:

* مناقشة النتائج المتعلقة بمستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد:

أشارت النتائج فيما يتعلق بدرجة انطباق المؤشرات النوعية لكل بعد على مؤسسات ومراكز التربية الخاصة التي تقدم البرامج والخدمات التربوية للأطفال ذوي اضطراب التوحد في الأردن أن بعد الرؤية والفكر والرسالة، وبعد مشاركة ومشاركة الأسرة، وبعد الدمج والخدمات الانتقالية، وبعد التقييم الذاتي حصلوا على مستوى متدن . وحصل بعد البيئة التعليمية، وبعد التقييم، وبعد الإدارة والعاملين على مستوى متوسط، وحصل بعد البرامج والخدمات على مستوى مرتفع.كما أشارت النتائج فيما يتعلق بالدرجة الكلية لانطباق المؤشرات النوعية إلى أن متوسط الانطباق على جميع أبعاد الأداة ككل كان ذا درجة متوسطة. وأن مثل هذه الدرجة لا تعطي انطباعاً بأن الوضع القائم حالياً فيما يخص البرامج والخدمات المقدمة سيءٌ، ويقود إلى عدم التفاؤل، ولكنها قد تعطي انطباعاً بأن هناك ما هو مقبول بدرجة معقولة ،ولكن يمكن التفاؤل بإمكانية تطويره وتحسينه لاحقاً. وبخاصة بعد إصدار المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين معايير الاعتماد الخاص لمؤسسات وبرامج وخدمات التوحد لسنة ٢٠١٠.ويمكن عزو ذلك إلى حداثة الاهتمام باضطراب التوحد، وعدم وجود مدرسين أو مشرفين فنيين متخصصين يجيدون التدريس والتعامل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وعدم وجود معايير سابقة تم العمل بموجبها، إضافة إلى قلة الاهتمام بمؤشرات الأداء في عمل مؤسسات التربية الخاصة بشكل عام، واضطراب التوحد بشكل خاصة، وعدم اهتمام مؤسسات التربية الخاصة بعملية التقييم الذاتي التي تشير إلى نقاط القوة والضعف في المؤسسة. ويتفق ذلك مع نتائج دراسة الزارع (٢٠٠٨) والشمري (٢٠٠٦) حيث أشارت جميع الدراسات السابقة إلى وجود ارتفاع

في تطبيق البرنامج التربوي الفردي والخطة التعليمية الفردية. وضعف إشراك الأسرة في برنامج ابنهم وعملية التقييم . وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة العلوان (٢٠٠٦) التي أظهرت عدم فاعلية البرامج التربوية والسلوكية المقدمة للأطفال التوحديين. كما تتفق مع دراسة تايتجنز، ومك كاري، وكوتشير (Tietjens, McCary, and Co-chair, ٢٠٠٥) **التي أشارت نتائجهما أن هناك ضعفاً في عملية المراقبة وتقييم التقدم في البرامج.**

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية يوصي الباحث بما يلي:

إجراء دراسة بشكل أكثر عمقا حول خدمات الدمج والخدمات الانتقالية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد .

إجراء دراسات متخصصة على كل بعد من الأبعاد الرئيسة للبرامج والخدمات المقدمة لذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد.

إجراء دراسات أكثر عمقا في بعد التقييم الذاتي لمؤسسات التربية الخاصة، ومدى مشاركة وتمكين أسر الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد .

إجراء دراسة لمؤشرات ضبط الجودة للبرامج المقدمة للإناث.

إجراء دراسة لتطوير أدوات القياس الرسمية وغير الرسمية للتعرف على الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

إجراء دراسة متخصصة في أحد الأبعاد الرئيسة لبرامج الأطفال التوحديين وأهمها: المنهاج المرجعي، والبرنامج التربوي الفردي، والدمج والتعليم في برامج الدمج، وتقييم البرامج.

الفصل السادس

فاعلية برامج وخدمات التعليم والتشخيص والإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد.

يعد التوحد من الإعاقات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال في طفولتهم المبكرة، وهي إعاقة ذات تأثير شامل على كافة جوانب نمو الطفل العقلية، الاجتماعية، الانفعالية، الحركية، الحسية، وأن أكثر جوانب القصور وضوحاً في هذه الإعاقة هو الجانب التواصلي و التفاعل الاجتماعي المتبادل، حيث أن الطفل التوحدي غير قادر على التفاعل الاجتماعي وتكوين علاقات مع الأقران، بالإضافة إلى قلة الانتباه، والسلوك النمطي، والاهتمامات لديه مقيدة أو محددة.

وأكدت العديد من الأدبيات والتجارب العلمية و الدراسات البحثية أهمية البرامج التربوية التطبيقية المباشرة المقدمة لأطفال التوحد في المؤسسات التعليمية، والتي تساعد على تحسن حالتهم في المستقبل وتساعد المحيطين بهم في كيفية التعامل معهم، إذ أن غالبيتها قد حققت نتائج ايجابية خلال تطبيقها، وهذا ما ورد من نتائج العديد من الدراسات الأجنبية مثل دراسة كل من الكساندرا، ودراسة فيليب ومارلين، وديفسون ونيللي. وأشار روبنسن وآخرون إلى أهمية التدخل المبكر والتعليم والتدريب في تحقيق نتائج إيجابية لأطفال التوحد في المستقبل.

أضافه إلى الدراسات العربية والتي ركزت نتائجها على أهمية تعليم وتدريب وتأهيل الأطفال التوحديين في كافة المراحل.

و تناولت عدة دراسات أخرى مثل دراسة كل من تايتجنز وماك كاري وكوتشير، موضوع تقييم برامج وخدمات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مثل تقييم البرامج المقدمة من وجهة نظر المديرين والمعلمين ومدى فاعلية الخطط التربوية ومحتوى هذه الخطط. وطرق التشخيص وتوافر أدوات التقييم المناسبة وطرائق التدريس المتبعة في تعليم أطفال التوحد.

بالإضافة إلى قيام الباحثين بدراسة وتحديد المشكلات التي تواجه المعلمين، وبعضها الآخر تناولت أوضاع المراكز التي تقدم خدماتها للأطفال ذوي اضطراب التوحد

مشكلة الدراسة:

وبناءً على ما تقدم فإن مشكلة الدراسة انبثقت من خلال أهمية التعرف على أوضاع الأطفال التوحديين المنتفعين من خدمات مؤسسات التعليم والتدريب من خلال تقييم برامج المؤسسات التي يشرف عليه أخصائيين ومعلمين مدربين على إجراءات التعامل مع الأطفال التوحديين

إضافة إلى إحساس الباحث على أن ثمة مستوى تقييم لتلك البرامج في المؤسسات والتأكد من فاعليتها وجدواها ومدى انعكاسها على حياة الأطفال التوحديين وأسرهم.

تسعى الدراسة إلى الإجابة على سؤالين هما: هل هناك اختلاف في مستوى البرامج التعليمية والتشخيصية والإرشادية المقدمة في عدد من مؤسسات أطفال التوحد في الأردن؟ إضافة إلى سؤال حول ما هي ابرز المشكلات التي تواجه المشرفين والعاملين في تلك المؤسسات؟

فروض الدراسة:

وانبثقت من السؤال السابق الفرضيات التالية:

الفرض الأول: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى فاعلية برامج التعليم بين مؤسسات أطفال التوحد.

الفرض الثاني: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى فاعلية برامج الإرشاد بين مؤسسات أطفال التوحد.

أهمية البحث:

تسعى الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى فاعلية البرامج المقدمة لأطفال فئة التوحد المنتفعين من المؤسسات التعليمية من وجهة نظر المعلمين والمشرفين وأولياء الأمور والتعرف الدقيق على واقع تلك البرامج وإمكانية أحداث تطوير عليها لتنعكس بشكل ايجابي على حياة هؤلاء الأطفال وإمكانية تطويرها في المستقبل، كما وتحاول الدراسة تقييم برامج الأطفال من فئة التوحد ومدى توافقها مع المعايير الموضوعة من قبل المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين أصلا كمحددات لبيان الكشف عن تقدم وتطور تلك المؤسسات وتنمية سلوكيات الأطفال التوحديين في تلك المؤسسات.

أهداف البحث:

تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية البرامج المقدمة لأطفال التوحد في المؤسسات التعليمية من خلال الإجابة على الاستبيانات المصممة وفق المعايير الموضوعة لتلك المؤسسات..كما تسعى الدراسة إلى تحليل وتصوير خلاصة البحوث النظرية والدراسات العلمية والبرامج التطبيقية لما يخدم برامج الأطفال وتطويرها في المؤسسات التعليمية.

مصطلحات البحث:

طفل التوحد(Autism): له ترجمات عربية مختلفة منها الطفل الذاتي أو طفل الانكفاء الذاتي ولكن هناك إجماع علمي يميل إلى لفظ (التوحد) لشيوعه واستقراره بين الباحثين والممارسين ولأنه يعبر عن طبيعة الإعاقة، ويعتبر كانرأول من عرف التوحد الطفولي حيث قام من خلال ملاحظته لإحدى عشرة حالة بوصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد والتي تشمل عدم

القدرة على تطوير علاقات اجتماعية مع الآخرين، والتأخر في اكتساب الكلام، واستعمال غير تواصلي للكلام بعد تطوره، ونشاطات لعب نمطية وتكرارية والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتحليل، وما زالت العديد من التعريفات تستند على وصف كانر للتوحد حتى وقتنا الراهن..

المؤسسات التعليمية (مؤسسات التربية الخاصة): هي البيئات والأماكن التي يتلقى فيها أطفال التوحد البرامج التعليمية والتدريبية والتأهيلية التي بتوائم وضعها مع المعايير التي حددتــها الجهات المشرفة عليها.

الإطار النظري للدراسة:

يعد الاهتمام بالتوحد في السنوات الأخيرة في الأردن من السمات البارزة في النهضة بالأشخاص ذوي الإعاقة، إذا زاد الاهتمام النوعي والكمي في فئة أطفال التوحد من حيث الإعداد المتزايدة في الظهور أثناء التشخيص، وإنشاء العديد من المراكز الخاصة والأهلية التي تعنى بفئة التوحد سواء من الأطفال الأردنيين أو الأطفال المنتفعين من دول عربية وغير عربية، إذا تشير الإحصاءات الرسمية في وزارة التنمية الاجتماعية والمجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين بان عدد المراكز التي تعنى بالتوحد كليا أو جزئيا وصل في العام ٢٠١٥ إلى ٢٤ مركزا ومؤسسة ينتفع منها حوالي ٣٢٠٠ منتفع من مختلف الأعمار، إضافة إلى انه قد تم تشخيص حوالي ٦٥٠٠ طفل من قبل مركز تشخيص الإعاقات والمراكز المتخصصة في الأردن والمستشفيات المعتمدة، مما يؤكد مدى الاهتمام الحاصل لفئة اضطرابات التوحد في الأردن، إضافة إلى تقديم حزمة من البرامج التدريبية والتعليمية والتأهيلية والإرشادية والطبية والصحية والترفيهية المناسبة لهم، إضافة إلى خدمة الرعاية الداخلية والإيواء في مراكز حديثه ومجهزة بأفضل السبل المعيشية والترفيهية والخدمات المصاحبة، ويشرف عليها كوادر مؤهلة متخصصة ومدربة (التقرير السنوي التنمية الاجتماعية، المجلس الأعلى للمعوقين، ٢٠١٤).

جاء تطوير البرامج والخدمات والكوادر العاملة واستراتيجيات القياس والتشخيص والتعليم، في ضوء جملة من المعايير والمؤشرات العالمية التي تضبط عمليات التربية الخاصة، بهدف ضمان تقديم الخدمات والبرامج النوعية وتحسين نوعية حياة الأطفال ذوي الإعاقة. وتعد الإعاقة العقلية واضطراب التوحد من الإعاقات التي تحظى باهتمام الباحثين والمختصين؛ إذ إن تأثيرهما لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصية الطفل ذي الإعاقة؛ بل يشمل جوانب

مختلفة منها المعرفي، والاجتماعي واللغوي والانفعالي، ولا يتوقف هذا التأثير عند هذا الحد بل يمتد ليشمل أسر هؤلاء الأطفال والمجتمع كله

ومما يزيد من خطورة هاتين الإعاقتين زيادة معدلات انتشارهما، حيث تقدر نسبة انتشار اضطراب التوحد بحوالي (٦٠) حالة لكل ١٠,٠٠٠ ولادة كما يشير فيريث نقلاً عن ونج وبورتر، أما إحصاءات المركز القومي لبحوث ودراسات اضطراب التوحد فتؤكد أن نسبة الانتشار الراهنة تبلغ في الواقع (١) لكل (٢٥٠) حالة ولادة تقريباً، وتصل هذه النسبة إلى (٣٠- ٦٠) حالة لكل (١٠,٠٠٠) حالة ولادة ممن لديهم إعاقة عقلية مع سمات اضطراب التوحد. أما الإعاقة العقلية فتقدر نسبة حدوثها ب(٣%) من مجموع السكان، وهي تُعد من بين أكثر الإعاقات انتشاراً في العالم العربي، ويزيد من صعوبة الموقف وجود تداخل بين الإعاقتين من حيث اشتراكهما في بعض العوامل والأسباب المؤدية إلى حدوثهما، وكذلك اشتراك أفرادهما في بعض الخصائص أهمها قصور في القدرات العقلية والمعرفية، وتشير دود إلى أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من الإعاقة العقلية حيث تصل هذه النسبة إلى(٧٠%) منهم، ويؤكد ألوي وآخرون أن الإعاقة العقلية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد تمثل مشكلة معرفية في حد ذاتها وليست ناتجة عن الانسحاب الاجتماعي.

ومن هذا المنطلق تشكل عملية تطوير المعايير الخاصة بالبرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد أحد أهم الأولويات لدى التربويين، حيث تهدف تلك الإجراءات إلى تأمين حصول جميع الأطفال ذوي الإعاقة بلا استثناء على التعليم الملائم والنوعي. وبالتالي فإن متطلبات تحقيق ذلك تقتضي أن تتضافر جهود جميع المعنيين في المجالات المختلفة التربوية والاجتماعية والصحية للعمل معاً وفق خطط عمل إجرائية ومهنية تتضمن بلوغ وتحقيق تلك الأهداف، وتتعاظم أهمية هذا الأمر عند الحديث عن فئات ذوي الإعاقة التي تتزايد حاجتها إلى برامج ذات مواصفات لا تقل عن البرامج المقدمة لنظرائهم من الأطفال العاديين، انطلاقاً من أهمية وضرورة تلبية الاحتياجات التي تفرضها طبيعة الصعوبات والمشكلات، والتي تتطلب عناية خاصة ومساندة نفسية واجتماعية واستراتيجيات تعليمية وتربوية ذات مواصفات وجودة عالية تؤدي إلى مخرجات تتمثل بمساعدة هؤلاء الأطفال ليحققوا مستوىً مقبولاً من المهارات الاستقلالية والدافعية وتقدير الذات

ونتيجة للتحولات والتطورات التي شهدها ميدان التربية الخاصة، فقد شهد الأردن تقدماً كبيراً في مجال تقديم الخدمات التشخيصية والصحية والتربوية والتأهيلية والاجتماعية للأشخاص المعاقين. وقد تسارع هذا التقدم خلال السنوات القليلة الماضية متوجاً بصدور قانون حقوق الأشخاص المعاقين رقم (٣١) لسنة ٢٠٠٧، وما تمخض عنه من إنشاء المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين لرسم السياسات، وكمظلة تنسيقية بين جميع الجهات المسئولة عن تقديم الخدمات، وكذلك صدور الإستراتيجية الوطنية للأشخاص المعاقين والبدء بتنفيذها

ولهذا فقد قام المجلس بإطلاق معايير الاعتماد العام لمؤسسات وبرامج الأشخاص المعاقين في الأردن سنة (٢٠٠٩)، ثم اتبعها بإطلاق معايير الاعتماد الخاص لمؤسسات وبرامج الأشخاص ذوي الإعاقات العقلية وذوي اضطراب التوحد في الأردن لسنة ٢٠١٠ (تقرير المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين).

وقد شمل الإصلاح التربوي الأردني خدمات التشخيص والتعليم والتدريب من قبل وزارات الصحة والتربية والتعليم والتنمية الاجتماعية، وكذلك القطاع التطوعي، والخاص وهناك إنجازات واضحة في هذا المجال وخاصة في الجانب الكمي، إلا أن هناك نقصاً واضحاً في خدمات التشخيص والتقييم النفسي التربوي لعدم توافر الأدوات والمقاييس المقننة والمناسبة للبيئة الأردنية، وعدم توافر اختصاصيين مؤهلين لإجراء عمليات التشخيص، وإنما يقتصر التشخيص على الجانب الطبي بالإضافة إلى تعدد المرجعيات في هذا المجال.

أما فيما يتعلق بالبرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة ومنها ما يقدم للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، والأطفال ذوي اضطراب التوحد، فتقدم بالطريقة التقليدية عن طريق إنشاء مراكز وجمعيات ومؤسسات منفصلة، ولا توجد إستراتيجية واضحة لدى هذه المراكز والمؤسسات لإدماج من يلتحق بها في المدارس العادية، فيما عدا بعض المحاولات التي تقوم بها بعض المراكز. ومع أن هناك زيادة في عدد الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب التوحد الذين تقدم لهم البرامج والخدمات التربوية، إلا أن هناك تساؤلات مشروعة حول نوعية البرامج والخدمات التي تقدم لهم من قبل مراكز ومؤسسات التربية الخاصة وهنالك العديد من الطرق والأساليب العلاجية التي يتم من خلالها التعامل مع الطفل التوحدي لإكسابه المهارات والخبرات الاجتماعية والمعرفية واللغوية والحركية وفيما يلي بعض هذه البرامج

وتعتبر البرامج التربوية من أهم برامج التدخل في علاج الطفل التوحدي ولقد ظهرت العديد من البرامج التربوية المختلفة الموجهة إلى الأطفال التوحديين وسوف نستعرض البرامج التربوية العالمية التي أثبتت فاعليتها وهي برنامج علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة (Treatment and education of autistic and related communication handcapped children: TEACCH)) ولوفاس (LOVAAS) ودوغلاس (DOUGLASS)، وبعض المدارس الشهيرة مثل هيجاشي(HIGASHI)

برامج تعديل السلوك: العلاج السلوكي هو العلم الذي يقوم بتطبيق الأساليب التي انبثقت عن قوانين النظرية السلوكية بشكل منظم، من أجل إحداث تغيير جوهري وإيجابي في السلوك، بتقديم الأدلة التجريبية التي تؤكد مسؤولية تلك الأساليب عن التغير الذي حدث في السلوك

البرامج الترفيهية: أثبتت العديد من الدراسات أن البرامج الترفيهية ضرورية للأطفال التوحديين؛ لما توفره من بهجة وسرور في حياة الأطفال التوحديين .

البرامج الاجتماعية: التفاعلات الاجتماعية الناجحة من أكثر التحديات صعوبة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التوحد، فالأطفال والراشدون التوحديون، الذين- يتمتعون بمهارات وظيفية لدرجة كبيرة- غالبًا ما يعانون من صعوبات في المهارات الاجتماعية ، وتوافر فرص التفاعل الاجتماعي من خلال الاختلاط مع الآخرين، وتشمل الرحلات، والأنشطة المختلفة، والمخيمات المشتركة مع الأطفال العاديين

برنامج التخاطب(النطق والكلام): وتحقق مثل هذه البرامج الكشف عن المشكلات التي يعاني منها ذوي اضطرابات التوحد حيت أن التواصل اللغوي.

العلاج الطبيعي والوظيفي والمائي: اذ يتم تقييم الجسم والمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة.

الألعاب والنشطة الرياضية: وهي ذات فاعلية في تنمية الجوانب الجسمية والنفسية لديهم.

اضطراب التوحد المفهوم والخصائص:

أن تقدير انتشار اضطراب التوحد في تزايد حيث توصلت العديد من المسوحات العالمية في الولايات المتحدة ودول أخرى أن نسبة الانتشار (٦٢.٦) لكل (١٠.٠٠٠) حالة ولادة وأن انتشار الاضطراب لدى الذكور أعلى من الإناث (٤:١)والتوحد (autism): إعاقة (قصور)

متعلقة بالنمو تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا، ويقدر انتشار الاضطراب في احدث الدراسات بحدود ١-٢ لكل ألف حالة ولادة مما يشكل مشكلة كبيرة للعالم

وبحسب قيرث في (Autism Society of American, ٢٠٠٣) هو اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا ونمائية، وان المظاهر الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى سن(٣٠) شهرا من العمر، ويتضمن اضطراب في الكلام واللغة، والسعة المعرفية، واضطراب في التعلق والانتماء إلى الأشياء والموضوعات والناس والأحداث.

أما كولمان فقد عرف التوحد بأنه اضطراب نمائي عام يشير إلى قصور واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي والقدرة على التواصل، كما إنه يتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية النمطية المحددة مع وجود اضطرابات في اللغة والكلام وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر.

ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل communication skills. حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية. حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي. حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية، كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير. وفي بعض الحالات، قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير، أو تجاه الذات

ويتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الفرد، ولذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر، فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل، بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر، رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد. كما تختلف

حدة التوحد من شخص لآخر، هذا ويستخدم المتخصصون مرجعاً يسمى بالـ DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual الذي يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين، للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد .

وفي هذا المرجع يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد تحت العناوين التالية: اضطرابات النمو الدائمة (Pervasive Developmental Disorder (PDD، التوحد autism، اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر PDD-NOS (not otherwise specified)، متلازمة أسبرجر **Asperger's syndrome**، ومتلازمة رَت **Rett's** syndrome، واضطراب الطفولة التراجعي Childhood Disintegrative Disorder.

ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحياناً من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض، وليس كل، علامات التوحد. فمثلاً يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد" حينما يظهر عدداً معينا من أعراض التوحد المذكورة في DSM-IV، بينما يتم مثلاً تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر PDD-NOS حينما يظهر الشخص أعراضاً يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد"، على الرغم من الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد. بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمتي أسبرجر ورت أعراضاً تختلف بشكل أوضح عن أعراض التوحد. لكن ذلك لا يعني وجود إجماع بين الاختصاصيين حول هذه المسميات، حيث يفضل البعض استخدام بعض المسميات بطريقة تختلف عن الآخر.

وقد تم تطوير بعض الاختبارات التي يمكن استخدامها للوصول إلى تشخيص صحيح للتوحد، ولعل من أشهر هذه الاختبارات في المجال: (CHAT (Checklist for Autism in Toddler\Childhood Autism Rating Scale- CARS وغيرهما، وهي للاستخدام من قبل المتخصصين فقط.

وتظهر مؤشرات الدلالة أو الأعراض على طفل التوحد من خلال المؤشرات التالية:

أولا : التواصل: يكون تطور اللغة بطيئاً.

ثانيا : التفاعل الاجتماعي: يقضي وقتاً أقل مع الآخرين، يبدي اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين.

ثالثا : المشكلات الحسية: استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية.

رابعا : اللعب: هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري.
خامسا : السلوك: قد يكون نشطاً أو حركياً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط، أو يعض نفسه أو الأشياء من حوله

وقد ورد بان ثمة صعوبات تواجه تشخيص أطفال التوحد فيما يتعلق بتحديد دقيق وتباين بين الحالات حسب تصنيفها وخصائصها وأعراضها والذكاء والقدرات المختلفة، بمعنى ظهور أخطاء في إجراءات القياس والتشخيص في ضوء غياب واضح لفريق التشخيص في المؤسسات كما يراها الباحث من خلال دراسة سابقة لتقييم القياس والتشخيص في الأردن ٢٠٠١، إضافة إلى ضرورة توفر مقاييس معتمدة وعالمية للتوحد، إضافة إلى ما أشار إليه هشام عبد الله،٢٠٠٩ فيما يتعلق باعتماد مقاييس مثل قائمة ميول الطفل التوحدي ABC وغيرها من المقاييس التي اعتمدت سابقا في دول ذات اهتمام بأطفال التوحد.

أما برامج الإرشاد النفسي Counseling Program لأطفال التوحد، فيرى الباحث بان الحاجة إلى توظيف خدمات متخصصة كالإرشاد في مؤسسات أطفال التوحد تؤدي إلى تخفيف الآثار السلبية فيما يتعلق بالجوانب النفسية والاجتماعية والسلوكية المتعلقة بأطفال التوحد والعاملين معهم وأسرهم، وبالتالي ينعكس على الخدمات الأخرى وواقع تكيفهم في تلك المؤسسات، إذ كثيرا ما يتعرض أطفال التوحد بسبب إعاقتهم إلى ضغوط داخلية شديدة ومشكلات نفسية مصاحبه لإعاقتهم تؤثر على محيطهم، وهذا يتطلب توفير خدمات إرشادية نفسية وأسرية مناسبة لهم في المؤسسات.

وأشار لذلك قانون تربية الأفراد الذين لديهم إعاقات إلى أن الخدمات الإرشاد يقدم من قبل الأخصائي النفسي وأخصائي الإرشاد والتوجيه المدرسي المحدد حسب معايير عملهم ووظائفهم ومهامهم ضمن القانون، ولديهم القدرة على إرشاد الأطفال ذوي الإعاقة بشكل يناسب الحالات ومشكلاتها، بما فيهم أطفال التوحد سواء في المؤسسات الداخلية أو المدارس العادية

وقد عرفت رابطة علم النفس الأمريكيةِ بان الإرشاد النفسي خدمة تهدف إلى مساعدة الطلبة على اكتساب وتنمية المهارات الشخصية والاجتماعية والمساعدة على حل مشكلاتهم، وكذلك حددت الجمعية الأمريكية للإرشاد ACA,١٩٩٩ دور المرشد النفسي المساعد للطلبة.

وتعتبر البرامج التربوية من أهم برامج التدخل في علاج الطفل التوحدي ولقد ظهرت العديد من البرامج الموجهة إلى الأطفال التوحديين ونشير هنا إلى البرامج التربوية العالمية التي أثبتت فاعليتها من خلال الوسائل التعليمية وهو برنامج(Treatment and education of (autistic and related communication handicapped children TEACCH التعليم المنظم ولوفاس(LOVAAS) المبرمج للتعليم الأكاديمي ودوغلاس (DOUGLASS) وبرنامج LEAP يعتمد على تعلم الخبرات في الطفولة المبكرة، إضافة إلى بعض المدارس الشهيرة مثل: مدرسة هيجاشي (HIGASHI) في علاج وتربية الأطفال التوحديين ومشكلات التواصل المشابهة .

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن البرامج الترفيهية ضرورية للأطفال التوحديين؛ لما توفره من بهجة وسرور، وتوافر فرص التفاعل الاجتماعي من خلال الاختلاط مع الآخرين، وتشمل الرحلات، والأنشطة المختلفة، والمخيمات المشتركة مع الأطفال العاديين.

وبالرغم من التقدم الواضح الذي شهده العصر الحالي في ميدان البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد إلا أن جدلاً كبيراً وجد بين عدد من الباحثين والتربويين وجمعيات أولياء الأمور وصانعي القرار حول فاعلية بعض تلك البرامج المقترحة. ولعل ذلك الجدل ظهر أساساً نتيجة لعوامل متعددة منها: زيادة انتشار اضطراب التوحد، والحاجة إلى تقديم خدمات التدخل المبكر، والزيادة الكبيرة في الأدب النظري حول تعداد البرامج المقدمة، والنقص الواضح في وجود ضوابط علمية ليتم من خلالها الحكم على مدى فاعلية البرامج التربوية والخدمات المقدمة، أو على الأقل الاتفاق على منحى برامجي ليكون مناسباً وفعالاً مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد. ونتيجة لذلك وجدت الحاجة إلى نشوء حركة جديدة أخذت تهتم بضرورة استناد البرامج التربوية المقدمة على نتائج الأبحاث العلمية الموثقة في الميدان من قبل أبحاث تجريبية محكمة .

أما فيما يتعلق بطرق العلاج المتوفرة للأشخاص المصابين بالتوحد، علماً بأنه يجب التأكيد على أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد، فيمكن

تقسيمها إلى ثلاثة طرق:

أولا: طرق العلاج التطبيقية العلمية: التي قام بابتكارها علماء متخصصون في العلوم المتعلقة بالتوحد (كعلم النفس، والطب النفسي، وأمراض اللغة، والتعليم) وقد أتت طرق العلاج هذه بعد جهود طويلة في البحث العلمي منها: (طريقة لوفاس Lovaas: وتسمى كذلك بالعلاج السلوكي Behaviour Therapy، أو علاج التحليل السلوكيBehaviour Analysis Therapy. ونعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك). وطريقة (طريقة تيتشTEACCH: والاسم هو اختصار لـــ Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (أي علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة له). وتتميز بانها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل). وطريقة(فاست فورورد Fast-forward: وهو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب (الكمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وتم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة بولا طلال Paula Tallal وتركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي.

ثانيا: طرق قائمة على التدريب الحسي منها(التدريب على التكامل السمعي AIT) Auditory Integration Training): وطرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها. كذلك (طريقة التواصل المُيَّسر Facilitated Communication: ١ وتقوم على أساس استخدام لوحة مفاتيح ثم يقوم الطفل باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه وشعوره بمساعدة شخص آخر. إضافة إلى العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy: ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خللاً في ربط أو

تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية. ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها.

ثالثا: القائم على العلاج الطبي والغذائي مثل: العلاج بهرمون السكرتين Secretin: السكرتين: هو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي للمساعدة في عملية هضم الطعام. وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد.

وبسبب طبيعة التوحد، الذي تختلف أعراضه من طفل لآخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد في كل الحالات، وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البُنى الثابتة والمُتوقعة (مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي تعود عليها الطفل)كما اشارت لهاPaulla Tallal، وتستخدم المؤسسات مدار البحث عدد من البرامج القائمة على التعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي، و البرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية. وتدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسقة، وشاملة، وعليه وكما ترى Paulla Tallal يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهما.

ونشير حول طرق تعزيز التعلم عند الأطفال المصابين بالتوحد، حيث بدأت بشرح أهمية فهم الطريقة التي يفكر بها هؤلاء الأطفال، ثم قامت بعرض طريقة التفكير الإدراكي والاجتماعي عند هؤلاء الأطفال، ثم شرحت الطرق التي تساعد على تعزيز التعلم من خلال استخدام الأعمال الروتينية المعتادة وأدوات التعليم المرئي. وتعتبر البنية الثابتة من الأمور الحيوية عند تدريس الأطفال المصابين بالتوحد، ويمكن تعزيز الأنشطة ببنية ثابتة تعتمد على تنظيم المواد المطلوبة للدرس، كما يتم تعزيز البنية الثابتة باستخدام أعمال روتينية وأدوات مرئية مساعدة لا تعتمد على اللغة. فالروتينات المتكررة تسمح له بتوقع الأحداث، مما يساعد على زيادة التحكم في النفس والاعتماد عليها. فالتسلسل المعتاد للأحداث يوفر الانتظام وسهولة التوقع بالأحداث

يساعد على إنشاء نسق ثابت لكثير من الأمور، كما يوفر الاستقرار والبساطة، ويجعل الفرد ينتظر الأمور ويتوقعها، الأمر الذي يساعد على زيادة الاستقلالية وتطور المهارات التواصلية لدى أطفال التوحد، وهناك الكثير من البرامج والنشطة التي يمكن استخدامها أثناء عملية الدمج لهؤلاء الأطفال في المدارس العادية)

البرامج والخدمات المستندة إلى نتائج البحوث العلمية ويشير لهذا الأمر إذ ظهر هذا المبدأ لرفد ميدان العلوم الإنسانية بممارسات علمية موثوق بها ومبنية على نتائج أبحاث علمية محكمة. وجاءت هذه الحركة لتنادي بضرورة توظيف استراتيجيات تربوية تستند أساساً على نتائج الأبحاث العلمية، كما دعت إلى أهمية البحوث العلمية المحكمة والتي يراعى فيها أدق المعايير البحثية الإجرائية لفحص مدى فاعلية تلك البرامج أو الاستراتيجيات التربوية في تحقيق الأهداف المرجوة منها، وهذه الأهداف هي: تحديد البرنامج أو الإستراتيجية التربوية المراد استخدامها، وتوظيف أو تطبيق الإستراتيجية أو البرنامج، وتقييم فاعلية البرنامج أو الإستراتيجية في إحداث التغييرات المرغوب فيها مع التأكيد على تقديم الأدلة الواضحة والعلمية على أن التغيير الحاصل إنما هو نتاج تطبيق الإستراتيجية.

ولتحقيق تلك الأهداف فإن المحلل للأدب النظري يلاحظ أن المحاولات التي تمت في ميدان ذوي الإعاقة للتأكد من مدى ملائمة ممارساته التربوية لمبادئ الممارسات المبنية على البحوث العلمية قد اشتملت على ثلاثة أنواع من الدراسات كما أشار إليها عاكف الخطيب على النحو التالي: دراسة المعايير العامة: هدفت هذه الدراسات أو التقارير إلى تطوير معايير عامةأو موجهات للدراسات العلمية التجريبية ودراسات تحليل البرامج التربوية وتحديد مدى فعاليتها والتي أشار إليها كل من ودراسات المصداقية العلمية للتعرف على مدى فاعلية تلك البرامج ومدى ملاءمتها العملية لتحقيق تلك الأهداف المرجوة من حيث أحداث التغيير الملائم.

الدراسات السابقة:

دراسة عاكف الخطيب(٢٠١١) بعنوان أنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية واضطراب التوحد، في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، في ضوء المعايير العالمية" هدفت هذه الدراسة إلى تطوير أُنموذج مقترح لتطوير البرامج والخدمات التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد، في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، في ضوء المعايير العالمية.

وتكونت عينة الدراسة من جميع مجتمع الدراسة من مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في والتي تقدم البرامج والخدمات التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال ذوي اضطراب التوحد وعددها (١٥٣) مؤسسة ومركزاً لجمع البيانات، عن مستوى فاعلية البرامج والخدمات التربوية في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة في الأردن، فقد تم بناء أداتين: أداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية. وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد و(٨٩) مؤشراً رئيساً. وأداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد. وتكونت الأداة من ثمانية أبعاد (١١٠) مؤشرات رئيسة، هذا وقد تم التوصل إلى دلالات صدق وثبات الأداتين برّرت استخدامهما.

وأشارت النتائج فيما يتعلق باضطراب التوحد أن هناك بُعداً واحداً كان ذا مستوى فاعلية مرتفع وهو: بُعد "الخدمات والبرامج" بمتوسط (٠.٦٨). في حين كان هناك ثلاثة أبعاد ذات مستوى فاعلية متوسطة وهي على التوالي: بُعد "التقييم" بمتوسط (٠.٦٦)، وبُعد "البيئة التعليمية" بمتوسط (٠.٥٥)، وبُعد "الإدارة والعاملين" بمتوسط (٠.٣٧). أما بقية الأبعاد وعددها أربعة أبعاد فقد كانت ذات مستوى فاعلية متدنية وهي: بُعد "الرؤية والفكر والرسالة" بمتوسط (٠.٣٣)، و"مشاركة ودعم وتمكين الأسرة"، وبُعد "الدمج والخدمات الانتقالية" بمتوسط مقداره (٠.٣١) لكل منهما، وبُعد "التقييم الذاتي" بمتوسط (٠.٣٠).

دراسة الزارع (٢٠٠٨) هدفت إلى بناء مؤشرات لضبط الجودة في البرامج التربوية للأطفال التوحديين وتحديد درجة انطباقها على مراكز الأطفال التوحديين في المملكة العربية السعودية. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) مركزاً حكومياً تقدم خدماتها للأطفال التوحديين الذكور بحيث مثلت مناطق السعودية. ولجمع النتائج تم بناء مقياس مؤشرات ضبط الجودة في البرامج التربوية المقدمة للأطفال التوحديين بعد التوصل إلى العناصر الأساسية، وتكون المقياس من (١٧٥) مؤشراً رئيساً و(١٠٧) مؤشرات فرعية. وأشارت النتائج إلى أن هناك مؤشرات لعنصرين من عناصر ضبط الجودة انطبقت بدرجة عالية هي مؤشرات عنصر "البرنامج التربوي والخطة التربوية الفردية" ومؤشرات عناصر "تحليل السلوك التطبيقي تعديل السلوك". في حين أن هناك مؤشرات لأربعة عناصر انطبقت بدرجة متوسطة وهي على التوالي: مؤشرات عنصر "طرق التدريس والتدريب" وعنصر "المنهاج المرجعي" ومؤشرات عنصر "التهيئة للدمج"

ومؤشرات عنصر "التقييم والتشخيص". وباقي مؤشرات العناصر وعددها خمسة انطبقت بدرجة متدنية وهي: مؤشرات عنصر "البيئة التعليمية" ومؤشرات عنصر" تقييم البرنامج المقدم والمركز" ومؤشرات عنصر" الخدمات المساندة" ومؤشرات عنصر "الكوادر العاملة" وكانت أقل المؤشرات انطباقاً هي مؤشرات عنصر "مشاركة الأسرة".

دراسة البستنجي (٢٠٠٧) دراسة بعنوان "واقع التقييم في التربية الخاصة في الأردن". وهدفت إلى التعرف على واقع التقييم في التربية الخاصة في الأردن، من حيث الأهداف، وفريق التقييم، ومصادر المعلومات التي يتم جمعها لغايات التقييم، والجانب الذي تغطيه عملية التقييم، والاختبارات والمقاييس التي تستخدم في عملية التقييم، وممارسات التقييم اللاحقة للتقييم الرسمي، وأساليب التقييم البديل، والمشكلات التي تواجه القائمين على عملية التقييم، ومستوى معرفة معلمي التربية الخاصة بأساسيات التقييم في التربية الخاصة، بالإضافة إلى معرفة الفروق في مستوى معرفتهم تبعًا لمتغيرات المؤهل العلمي، والخبرة، وسنة التخرج، والعمر. وبلغت عينة الدراسة (٢٥٥) أخصائيًا في التقييم، و(٣٠١) معلمًا من معلمي التربية الخاصة، ممن يعملون في مراكز ومدارس التربية الخاصة التي تعنى بذوي صعوبات التعلم والإعاقة السمعية والبصرية والحركية والعقلية والمراكز التي تخدم فئات متعددة. وقد تم جمع المعلومات من خلال أداتين أعدهما الباحث لأغراض الدراسة الحالية (الاستبانة والاختبار التحصيلي) وقام بتطبيقهما على أفراد العينة مع التحقق من دلالات صدقها وثباتهما. وأظهرت النتائج أن أكثر الأهداف التي يسعى أفراد عينة الدراسة إلى تحقيقها هو "التخطيط للتدريس"، ثم "متابعة تقدم وتحسن أداء الطالب". كما أظهرت النتائج أن معلم التربية الخاصة يتواجد كعضو في فريق التقييم بنسبة عالية، وأن نسبة مرتفعة من المراكز والمدارس التي تمت تغطيتها في الدراسة لا يوجد فيها فريق تقييم، حيث يقوم بالتقييم فيها أخصائي واحد فقط، وعدم توافر أدوات مناسبة للتقييم..

دراسة الشمري (٢٠٠٧) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية من قبل الكادر العامل في تلك البرامج، وبيان ما إذا كان التقييم سواءً أكان حكومياً أم أهلياً، يختلف باختلاف طبيعة البرنامج أو باختلاف الخبرة التعليمية أو من ناحية جنس الفئة المستهدفة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تقييم أفراد عينة الدراسة للبرامج

المقدمة للتلاميذ التوحديين كان إيجابياً، كما أشارات النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً بين تقديرات العاملين في المراكز الحكومية والعاملين في المراكز الخاصة لبرامج التوحد التي تقدم في إطار هذه المراكز في جوانب البرامج التالية: أبعاد أساليب التقييم، والخطة التعليمية الفردية، ودور الأسرة والدرجة الكلية لصالح (القطاع الأهلي)، في حين أشارت النتائج إلى عدم وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير الخبرة على الآراء التي يبديها العاملون حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية. كذلك أشارت النتائج إلى وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العاملين في آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في أبعاد أساليب التقييم والخطة التربوية الفردية ودور الأسرة (لصالح الإناث)، كما لم تظهر النتائج وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير جنس العامل على آرائهم التقييمية حول البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية في أبعاد الخطة التربوية الفردية والخدمات المساندة وأساليب تعديل السلوك والدرجة الكلية.

دراسة كارول (Carol, ٢٠٠٧) التي هدفت إلى الكشف عن المؤشرات النوعية لبرنامج الدمج الكامل في مرحلة ما قبل المدرسة، وتم فيها استخدام منهجية دراسة الحالة للتحقق من ثلاثة أبعاد نوعية في برامج ما قبل المدرسة، التعليم الجامع والتحقق من الالتزام في تطبيق منهاج تم اختياره للبرنامج،حيث تم استخدام مقاييس نوعية لجمع البيانات من خلال الملاحظات الرسمية وغير الرسمية، والمسوحات، والمقابلات الشخصية، ومراجعة الوثائق. واشتملت عينة الدراسة على (٤٠) مشاركاً من المديرين، ومعلمي التربية الخاصة، ومعلمي مرحلة ما قبل المدرسة، ومساعدي المعلمين، والآباء، وقد تم تحديد الخصائص المتعلقة بالبرامج التعليمية المبكرة عالية الجودة على النحو التالي: مظاهر نوعية البناء، وكادر مؤهل، وصفوف صغيرة، ونسبة المعلمين إلى الطلاب منخفضة. ومؤشرات نوعية للعمليات مثل استخدام الممارسات التعليمية التي تنمي التفكير وتشجع الأطفال على طرح الأسئلة، واستخدام إستراتيجيات توجيه إيجابية، وتركيز قوي على مساعدة الأطفال على تطوير مهارة حل المشكلات وإظهار الاحترام للآخرين). وأظهرت النتائج بأن أنشطة التعليم المستند إلى المحتوى، وممارسات التقييم المستمر للطفل كانت من الجوانب التي تحتاج إلى تطوير. وقد كان من أبرز المظاهر الإيجابية لدى الآباء

والمعلمين توفر دمج التربية الخاصة مع خدمات رعاية الطفل في مكان وأحد. كذلك كان تطبيق المنهاج قوياً فيما يتصل بمشاركة الأسرة، واشتملت كذلك على بُنية الصف والروتين وتفاعلات المعلم مع الطفل وتوجيه تعلّم الطفل، لكن التطبيق كان ضعيفًا فيما يتصل بالبيئة المادية واستخدام نظام تقييم ذاتي فعّال.

دراسة العلوان (٢٠٠٦) دراسة هدفت إلى تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين في الأردن من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) فردًا تم توزيعهم على النحو التالي (٦٠) شخصًا يمثلون أولياء أمور الأطفال التوحديين، و(٦٠) معلما من العاملين في مراكز التربية الخاصة، ولجمع البيانات طوّر الباحث أداة تكونت من (٧٠) فقرة اشتملت على أربعة مجالات وهي: المجال الاجتماعي وتكون من (٢٠) فقرة، ومجال تعديل السلوك وتكون من (٢٠) فقرة، والمجال التربوي وتكون من (٢٠) فقرة، والمجال الترفيهي وتكون من (١٠) فقرات، وقد تم استخراج معامل الصدق للأداة من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين، إضافة إلى استخراج معامل الثبات للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا وكان معامل الثبات لعينة أولياء الأمور (٠.٩٤)، ولعينة المعلمين (٠.٩٠). وقام الباحث بتطبيق الاستبانة التي أعدها على كل من أولياء الأمور والمعلمين. وأشارت نتائج الدراسة إلى: فاعلية البرامج الاجتماعية، والترفيهية المقدمة للأطفال التوحديين من وجهة نظر أولياء الأمور والمعلمين، وعدم فاعلية البرامج التربوية والبرامج السلوكية المقدمة للأطفال التوحديين.

دراسة كل من تايتجنز وماك كاري وكوتشير (Tietjens, McCray, and Co-chair, ٢٠٠٥ هدفت إلى تقييم البرامج والأنشطة المقدمة للطلاب التوحديين في مدارس التربية الخاصة في ولاية مونتانا "كونتري لويس" في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تم تطبيق مقياس مؤشرات الجودة النوعية لبرامج التوحد(Autism Program Quality Indicators, APQI) الذي بناه كريزمان و ديوراند وكوفمان وإيفيريت Crimmins, Durand, Kafman and Everett ٢٠٠١)، وذلك من أجل قياس وتقييم وتحليل الخدمات والبرامج والأنشطة المقدمة للطلاب التوحديين في تلك المنطقة وتم تطبيق المقياس خلال الفترة ما بين شهر (أيلول ٢٠٠٤ – شباط ٢٠٠٥). حيث أوردت الدراسة تفاصيل العملية التعليمية من نتائج ونصائح

تؤدي إلى تحسين الأنشطة المستقبلية للطلاب التوحيديين. تكونت العينة من (٧٨) طالباً من الطلاب التوحيديين في البرامج في مقاطعة "كنتري لويس"، وتم اختيار أسلوب تحليل التباين الأحادي لتحليل بيانات برنامج التقييم، وأظهرت نتائج الدراسة نقاط القوة والضعف في البرامج المقدمة للطلاب التوحيديين. فمن نقاط القوة فيها مثلاً، ملاحظة الآباء عموماً المعيار النبيل للهيئة التدريسية، وتعامل معلمي البرامج الخاصة مع أطفالهم باحترام وتوقع نتائج جيدة منهم بعكس العامة. ومن نقاط الضعف في البرامج عدم الشمولية للبرامج المقدمة، وتدني مستوى الدعم التقني والتدريبي، وعملية المراقبة والتقييم الذاتي، وتصنيف الطلاب إلى مستويات متدرجة وبخاصة في البرامج العامة.

دراسة الصمادي وآخرون (٢٠٠١) دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية مراكز التربية الخاصة في دولة الإمارات العربية المتحدة. وشملت الدراسة جميع مراكز التربية الخاصة الحكومية والتطوعية وعددها (٨) ومن جميع مديري تلك المراكز وعينة من معلميها وعددهم (٨٢) معلماً ومعلمة. ولقياس مدى الفاعلية، تم تطوير أداة تكونت من (١١٩) فقرة مثلت سبعة أبعاد هي المنهاج، والإدارة، وخصائص المركز، والجو التربوي، والمجتمع المحلي، والتدريس والتدريب، والمعلمون والعاملون. وأشارت النتائج إلى أن متوسط كل من مركزي الشارقة وخورفكان على أداة الدراسة ككل يزيد على الدرجة المعتمدة للفاعلية (٣) بشكل دال إحصائياً مما يشير إلى فاعليتها ككل. كذلك أشارت نتائج الدراسة إلى التباين في فاعلية المراكز حسب أبعاد الأداة فأشارت إلى فاعلية مركز أبو ظبي في الجو التربوي ومركز الشارقة في أبعاد الإدارة، وخصائص المركز والتدريس والتدريب ومركز العين في بعدي خصائص المركز والمجتمع المحلي. أما فيما يتعلق بالأبعاد الأخرى لم تكن النتائج دالة إحصائياً. كما أشارت نتائج تحليل التباين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مدى فاعلية المركز تعزى إلى متغير المركز على الدرجة الكلية وعلى درجات الأبعاد الفرعية الأخرى جميعاً. وأشارت نتائج التكرارات والنسب المئوية للمشكلات التي تحد من فاعلية التدريس إلى أن أهم تلك المشكلات كانت التباين في قدرات الطلبة، ونقص الدورات التدريبية للمعلمين، والإدارة غير المؤهلة، والغرف الصفية الضيقة، وعدم اهتمام أولياء الأمور.

دراسة المعمري (٢٠٠٠) في دراسة حول مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان، هدفت إلى التعرف على مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان. تكونت عينة الدراسة من جميع مراكز ومدارس التربية الخاصة الحكومية في سلطنة عمان والبالغ عددها (٤) مراكز، وتضم (٤) مديرين، و (١٣٦) معلما ومعلمة. جمعت البيانات عن الفاعلية باستخدام استبانة فاعلية مراكز التربية الخاصة، والتي تكونت من (١٠٦) فقرات مثلت (٦) أبعاد هي: المنهاج، الإدارة، والجو التربوي، وخصائص المركز، والتدريس والتدريب، والمعلمون والعاملون في المركز. وأشارت النتائج إلى أن جميع مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان فعالة في جميع الأبعاد، ما عدا بعد المعلمين والعاملين، فقد كان أعلى المتوسطات لبعد الجو التربوي، وبعد المنهاج، وبعد الإدارة، وبعدا خصائص المركز والتدريس والتدريب. كما أشارت النتائج إلى المشكلات التي تحد من فاعلية مراكز التربية الخاصة من وجهة نظر المعلمين ومنها: النقص في إعداد وتأهيل وتدريب المعلمين، وعدم وجود دليل للمعلم، واللوازم والوسائل التعليمية المناسبة، وعدم توافر مختبرات، وعدم توافر أجهزة ومعدات، وقصور في الجانب المادي.

عينة البحث: تكون مجتمع الدراسة من جميع مؤسسات أطفال التوحد في الأردن حيث تم اختيار عينة عشوائية اشتملت على ستة مؤسسات تعنى بفئة التوحد تتبع لكل من وزارة التربية والتعليم ووزارة التنمية الاجتماعية/التربية الخاصة حيث تم اختيارها لغرض هذه الدراسة خلال عام ٢٠١٤/٢٠١٥ والجدول التالي يبين معلومات عن تلك المؤسسات.

الجدول رقم (١)

يبين معلومات حول المؤسسات لأطفال التوحد عينة الدراسة

خلال العام ٢٠١٤

المؤسسة	سنة التأسيس	عدد المنتفعين	عدد العاملين	المعلمين والمشرفين
المدرسة النموذجة	١٩٨٣	١٨٠	١٢٠	٤٠
الأكاديمية العربية	١٩٩٠	٩٨	٤٢	٢٢
مركز وصال	٢٠٠٤	٤٠	١٨	١٠

المدرسة العربية	١٩٨٠	٢٠٠	١٤٠	٤٤
مركز العقبة	٢٠٠٨	٢٢	٨	٦
مركز الأمل	٢٠١٠	٢٤	١٢	٨

متغيرات ومحددات البحث: مؤسسات تربية خاصة: متمثلة في تعليم مستوى واحد (التوحد).النوع: مؤسسات أهلية مرخصة بشكل رسمي.

الزمان: العام الدراسي ٢٠١٤/٢٠١٥

أداة الدراسة:

لقد تم بناء أداة الدراسة من خلال البحث في قواعد البيانات الإلكترونية وفق الأساس النظري والتطبيقي المؤسسات ومؤشرات الفاعلية والجودة والدراسات السابقة وأدوات القياس ذات العلاقة موضوع الدراسة الحالية، وبنيت على أساس تدرجي لمعيار التدرج ليكرت المعتمد عالميا، من خلال قائمة تقدير فقرات تدل على مستوى جودة البرامج والخدمات المقدمة في مؤسسات التعليم والتدريب لفئة أطفال التوحد، والتي تكونت من ثلاثة إبعاد رئيسية تتضمن(٥٤) فقره هي: الأول: البرامج التعليمية(٣٨) فقره والثاني التقييم والتشخيص(٨)فقرات والثالث الخدمات الإرشادية (٨) فقرات، والتي تم عرضها على محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص بحيث حازت على مستوى عال من الصدق (صدق المحكمين) بدرجة ٨٠% بعد إجراء التعديلات والإضافات المطلوبة، ولتحقق من ثبات الأداة فقد لجأ الباحث إلى استخراج ثبات الأداة بعد تطبيقها على ٢٠ فردا من عينة الدراسة مستخدما الطريفة النصفية وبنسبة ثبات وصلت إلى (٨٢%) وتم بعد ذلك تطبيقها على(٨٠) فردا من العاملين في التعليم والإشراف على البرامج في المؤسسات مدار الدراسة.

أدوات وإجراءات الدراسة:

الاطلاع على الأدب التربوي والمعايير والممارسات العالمية فيما يخص اضطراب التوحد، ثم البدء بإعداد أداة التقييم. في ضوء مراجعة دقيقة للأدب النظري المتعلق بالدراسة الحالية والأدوات والاستبيانات السابقة ومعايير عالمية ومحلية في تحديد ومقارنة فاعلية وجودة

البرامج التربوية والتعليمية (معايير المجلس الأعلى للأشخاص ذوي الإعاقة في الأردن ٢٠١٠) وتم التحقق من صدق وثبات أداتي الدراسة عن طريق عرضهما على مجموعة من ذوي الاختصاص والخبرة في الجامعات الأردنية (١٠) محكمين والتي حازت على درجة عالية من الصدق والثبات بعد إجراء التعديلات المطلوبة في ضوء الملاحظات الواردة.

وبعد حصر المؤسسات والمراكز والمدارس التي تقدم برامجها وخدماتها التربوية لفئة اضطراب التوحد من حيث أعدادها وأماكن توزيعها وبحكم عمل الباحث وعلاقته مع تلك المؤسسات قام بزيارتها بنفسه وتسليم الأدوات واستماراتها إلى المدراء لتوزيعها على عينة الدراسة في كل مؤسسه يزورها وتعبئتها من قبل المشرفين والمعلمين ثم جمعها بعد أسبوع- إلى أسبوعين من تلك الزيارة ومن ثم تدقيقها وتفريغها بواسطة الحاسب الآلي وتحليل نتائجها في ضوء ما هو متعاف عليه إحصائيا.

منهجية الدراسة والتحليل الإحصائي:

تصنف هذه الدراسة من حيث طريقة إجرائها على أنها بحث وصفي تحليلي يعتمد دراسة الظاهرة التربوية ووصفها، كما توجد في الواقع والتعبير عنها كماً وكيفاً، مستخدما حزمة العلوم الاجتماعية (SPSS) ومراجعتها وتوظيفها بصورة علمية وباستخدام تحليل التباين (ANOVA)، واختبار ستودنت لإيجاد الفروق بين البرامج ولصالح أي من المؤسسات.

نتائج الدراسة:

الفرض الأول: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة في بعد البرامج التعليمية، ولاستخراج النتائج تم استخدام تحليل التباين (ANOVA)على النحو الوارد غي الجدول رقم (٢).

الجدول رقم (٢)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحد وفق بعد البرامج التعليمية

المتغير	المتوسط	التباين	ف المحسوبة	ف الجدولية	مستوى دلالة	الدلالة
المدرسة النموذجة (خاص)	٧١,٤	١٩.٤٢	٥.٢٥	١.٩٤	٠،٦٤	**غير داله**
الأكاديمية العربية (أهلي)	٧٠,٢	١٦٢.١٢				
مركز وصال (خاص)	٧٠,١	١٨٤.٢٤				
المدرسة العربية (أهلي)	٦٩,٤	٥١.٢٦				
مركز العقبة (أهلي)	٦٩,٨	٣٢.١٦				
مركز الأمل (خاص)	٧٠.١	٢٣.٤٥				

مستوى الدلالة = ٠,٠٥

لم تظهر النتائج الإحصائية في الجدول رقم (٢) فروقا ذات دلالة إحصائية بين مراكز التوحد وفق بعد البرامج التعليمية، إذ أن مستوى الدلالة المحسوبة البالغة(٠,٦٤) اكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (٠,٠٥)، ويعطي انطباع بتوافق أفراد العينة في استجاباتهم حول فاعلية البرامج التعليمية في جميع المراكز عينة الدراسة بنفس المستوى تقريبا.

وللتعرف على دلالة الفروق لصالح أي من المراكز (خاص / أهلي) وفق بعد التعليم تم إجراء اختبار ستودنت لدراسة الفروق بين المتوسطات كانت النتائج كما في الجدول رقم (٣).

جدول رقم (٣)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحد (أهلي / خاص) وفق بعد التعليم

المتغير	المتوسط	التباين	ت المحسوبة	ت الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
مراكز (خاص)	٧٠,٥	١٨١,٢٤	٢,٩٨	٢,١٤	٠,٠٢	**دال لصالح الخاص**
مراكز (أهلي)	٦٩,٨	٦٤,٦٢				

ومن خلال الجدول رقم(٣) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) إذا أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بلغت (٠,٠٢) وهي اصغر من مستوى الدلالة

المعتمدة في الدراسة وهي فروق دالة لصالح مراكز التوحد القطاع الخاص والذي قد يعود إلى التركيز في المراكز الخاصة على بعدد التعليم والبرامج المرتبطة بالتعليم بشكل أكثر تركيزا، إضافة إلى الاهتمام بالأنشطة والوسائل التعليمية في مراكز القطاع الخاص وهذا ما تؤيده التقارير السنوية لتلك المراكز من الجهات المشرفة عليها.

الفرض الثاني: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة في بعد التقييم والتشخيص، ولاستخراج النتائج تم استخدام تحليل التباين(ANOVA)على النحو الوارد غي الجدول رقم (٤).**

الجدول رقم (٤)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحد وفق بعد التقييم والتشخيص.

المتغير	المتوسط	التباين	ف المحسوبة	ف الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المدرسة النموذجة (خاص)	٣٠,٣	١٦.٤٤	٣.٢٤	١.٧٥	٠،٥٥	عير دالة
الاكاديمية العربية (أهلي)	٢٥,٦	٥.٥٦				
مركز وصال (خاص)	٢٧,٥	٣٢.٤٧				
المدرسة العربية(أهلي)	٢٧,٧	١٢.١٦				
مركز العقبة (أهلي)	٢٧,٦	٤٤.٩٠				
مركز الأمل (خاص)	٢٩,٣	٢٢.٤٩				

مستوى الدلالة = ٠,٠٥

لم تظهر النتائج الإحصائية في الجدول رقم (٤) فروقا ذات دلالة إحصائية بين مراكز التوحد وفق بعد التقييم والتشخيص، إذ أن مستوى الدلالة المحسوبة البالغة(٠,١٣٢) اكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (٠,٠٥)، مما يعطي انطباع بتوافق أفراد عينة الدراسة في استجاباتهم حول فاعلية خدمات التقييم والتشخيص في جميع المراكز عينة الدراسة بنفس المستوى تقريبا.

وللتعرف على دلالة الفروق لصالح أي من المراكز (خاص / اهلي) وفق بعد التعليم تم إجراء اختبار ستودنت لدراسة الفروق بين المتوسطات كانت النتائج كما في الجدول رقم (٥).

جدول رقم (٥)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحد (أهلي / خاص)

وفق بعد التقييم والتشخيص.

المتغير	المتوسط	التباين	ت المحسوبة	ت الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
مراكز (خاص)	**٢٩,٢**	**٨٤,٤٤**	**١,٩٨**	**١,٤٤**	**٠,٦٢**	**غير دال**
مراكز (أهلي)	**٢٧,٥**	**٦٤,٦٢**				

ومن خلال الجدول رقم(٥) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) إذا أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بلغت (٠,٦٢) وهي اكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة وبالتالي لا توجد فروق دالة بين مراكز التوحد القطاع الخاص والأهلي، إذا أن جميع المراكز تستخدم نفس أدوات التقييم والتشخيص لأطفال التوحد وهناك جهة واحدة معتمدة لذلك هي مركز التشخيص المبكر للإعاقات وهو حكومي.

الفرض الثالث: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة في بعد الخدمات الإرشادية ولاستخراج النتائج تم استخدام تحليل التباين (ANOVA)على النحو الوارد غي الجدول رقم (٦).**

الجدول رقم (٦)

يبين الفروق بين متوسطات مراكز التوحد وفق بعد خدمات الإرشاد

المتغير	المتوسط	التباين	ف المحسوبة	ف الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
المدرسة النموذجة (خاص)	٢٣	٣٨.١٧	٢.١١	١.٥٥	٠,٢٣	غير دالة
الأكاديمية العربية (أهلي)	٢٢	٢٠.١٤				
مركز وصال (خاص)	٢٣,١	٢.٧٨				
المدرسة العربية (أهلي)	٢٢,٥	٢٤.٤٥				
مركز العقبة (أهلي)	٢١,٧	٦٠.٤٨				
مركز الأمل (خاص)	٢٢,٤	١٥.١٨				

مستوى الدلالة = ٠,٠٥

لم تظهر النتائج الإحصائية في الجدول رقم (٦) فروقا ذات دلالة إحصائية بين مراكز التوحد وفق بعد الخدمات الإرشادية، إذ أن مستوى الدلالة المحسوبة البالغة (٠,٢٣) اكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة (٠,٠٥) مما يعطي انطباع بتوافق أفراد عينة الدراسة في استجاباتهم حول فاعلية الخدمات الإرشادية في جميع المراكز عينة الدراسة بنفس المستوى تقريبا.

وللتعرف على دلالة الفروق لصالح أي من المراكز (خاص / أهلي) وفق بعد التعليم تم إجراء اختبار ستودنت لدراسة الفروق بين المتوسطات كانت النتائج كما في الجدول رقم (٧).

جدول رقم (٧)

الفروق بين متوسطات مراكز التوحد (أهلي / خاص) وفق بعد الخدمات الإرشادية.

المتغير	المتوسط	التباين	ت المحسوبة	ت الجدولية	مستوى الدلالة المحسوبة	الدلالة الإحصائية
مراكز (خاص)	٢٢,٥	٩٢,٦٦	٣,٩٨	٢,٠٤	٠,١٣	غير دال
مراكز (أهلي)	٢٢,٣	٤٤,٦٥				

ومن خلال الجدول رقم(٧) يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) إذا أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بلغت (٠,٠١٣) وهي اكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة وبالتالي لا توجد فروق دالة بين مراكز التوحد القطاع الخاص والأهلي، إذ لوحظ بان جميع المراكز تعتمد منهج الخطة الإرشادية الواحدة لتقديم الخدمات الإرشادية لأطفال التوحد وجهة واحدة تقدم وتتابع خدمات الإرشاد في تلك المؤسسات وهي حكومية.

وللإجابة على السؤال الوارد في الدراسة: حول أهم المشكلات التي واجهت المشرفين والمعلمين عينة الدراسة يبين الجدول رقم (٨) التالي أهم تلك المشكلات ما يراها العاملين في تلك البرامج.

الجدول رقم (٨)

الرقم	المشكلة	الترتيب الأكثر ظهورا
١.	ضعف مشاركة العاملين في برامج التدريب ذات العلاقة بالتعليم	٦٨%
٢.	ضعف الحوافز والمكافآت الممنوحة للعاملين مع أطفال التوحد.	٦٦%
٣.	زيادة عبء العمل والضغوط الزائدة على العاملين أثناء فترة العمل.	٦٢%
٤.	ضعف معرفة العاملين بأدوات التقييم والتشخيص اللازم لأطفال التوحد.	٦١%
٥.	ضعف قدرات المعلمين والمشرفين في تقديم خدمات الإرشاد والتوجيه سواء للأطفال أو أسرهم أثناء الالتقاء بهم أو زيارتهم	٦٠%

يظهر من الجدول رقم (٨) إن أهم المشكلات التي تواجه العاملين في المؤسسات الخاصة والأهلية التي تعنى بالتوحد، حيث تم حصر أكثر من ٣٠ مشكلة تم تحديد المشكلات الأكثر أهمية كما هو ظاهر بالترتيب الأكثر أهمية وهي (١) ضعف مشاركة العاملين في برامج التدريب ذات العلاقة بالتعليم وحازت على نسبة (٦٨%)، (٢) ضعف الحوافز والمكافآت الممنوحة للعاملين مع أطفال التوحد وحازت على نسبة (٦٦%)، (٣) زيادة عبء العمل والضغوط الزائدة على العاملين أثناء فترة العمل وحازت على نسبة (٦٢%)، (٤) ضعف معرفة العاملين بأدوات التقييم والتشخيص اللازم لأطفال التوحد وحازت على نسبة (٦١%)، (٥) ضعف قدرات المعلمين والمشرفين في تقديم خدمات الإرشاد والتوجيه سواء للأطفال أو أسرهم أثناء الالتقاء بهم أو زيارتهم وحازت على نسبة (٦٠%). ومن خلال الاطلاع على الأدب والدراسات السابقة يلاحظ بان هذه المشكلات تتكرر بنسب مختلفة في اغلب الأحيان إضافة إلى أنها تظهر في تقارير الجهات المشرفة مثل وزارات التعليم والتنمية الاجتماعية.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

يظهر من النتائج التي خرجت بها الدراسة أن برامج التوحد التي تم تقييمها في مؤسسات التربية الخاصة في الأردن هي برامج فاعلة وذات جودة عالية، وإنها تتوافق مع المعايير المطلوبة من المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين، وان تلك البرامج تتباين بين تلك المؤسسات وان العديد من الدراسات أشارت إلى فاعلية مثل هذه البرامج وبما يتوافق مع نتائج هذه الدراسة مثل دراسة (عاكف الخطيب،٢٠١١) ودراسة(الزارع،٢٠٠٨) ودراسة (البستنجي، ٢٠٠٧) ودراسة الشمري، ٢٠٠٧)، كذلك أشارت دراسة كل من (Tietjens, McCray, and Co-chair, ٢٠٠٥) ودراسة (العلوان،٢٠٠٧) إلى جودة بتقييم برامج التوحد فيما يتعلق

بتقييم التعليم والتشخيص والإرشاد لأطفال التوحد وهذا ما أشارت إليه نتائج الدراسة الحالية.

ومن قراءة دقيقة للدراسات التي جاءت ضمن هذا البحث يتبين بان هناك توافق بين نتائج الدراسة الحالية وما ورد من دراسات في ما يتعلق بفاعلية وجودة تقييم برامج التعليم والإرشاد والتشخيص للمنتفعين من المؤسسات التوحد في الأردن كما يراها المشرفين على تلك المؤسسات.

إضافة إلى تقارير الجهات المشرفة مثل وزارة التربية والتعليم والتي تشير إلى تقارب مستوى فاعلية البرامج والخدمات المقدمة لأطفال التوحد بين تلك المؤسسات باستثناء تميز عدد من المؤسسات في بعض البرامج التعليمية والخدمات المتعلقة بالرعاية الداخلية.

المراجع

المراجع باللغة العربية

عبد الله، عادل محمد (٢٠٠٤). الإعاقات العقلية. القاهرة: دار الرشاد، ١٤ شارع جواد حسني – القاهرة.

العلوان، علي (٢٠٠٦). تقييم البرامج التربوية والعلاجية المقدمة للأطفال التوحديين في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة عمان العربية، عمان.

العنزي، نايف الحميدي (٢٠٠٤). فعالية الخطة التربوية الفردية في تدريس المهارات الرياضية للمعاقين عقلياً في السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان، الأردن.

عواد، أحمد (٢٠١٠). حقائق وإحصائيات حديثة عن التوحد. ورقة عمل مقدمة في ندوة" نحو مستقبل أفضل للطفل العربي ذي الإعاقة"، والتي نظمتها جامعة عمان العربية في الاحتفال باليوم العالمي للطفل، ٢٤ نيسان ٢٠١٠ عمان، الأردن.

عواد، خالد (٢٠٠٢). جودة التعليم: مناقشة لمضمون الرؤى والسياسات التعليميّة الاقتصاديّة المستقبليّة، ورقة مقدمة لندوة: الرؤية المستقبليّة للاقتصاد السعودي، الرياض، المملكة العربية السعودية.

عودة، خليل (٢٠٠٧). نموذج في ضبط معايير الجودة في التعليم الأكاديمي – جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

الفتلاوي، سهيلة (٢٠٠٨). الجودة في التعليم، المفاهيم المعايير، المواصفات، المسؤوليات. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن.

المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين (٢٠٠٧). الإستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقات، عمان: الأردن

المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين (٢٠١٠)، معايير الاعتماد الخاص لبرامج وخدمات التوحد، عمان: الأردن.

المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين (٢٠١٠)، معايير الاعتماد الخاص لبرامج وخدمات الإعاقة العقلية، عمان: الأردن.

المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين، قانون حقوق الأشخاص المعوقين، قانون رقم (٣١) لسنة (٢٠٠٧).

محمد، مصطفى (٢٠٠٧). الجودة – جودة التعليم- إدارة الجودة الشاملة. بيروت: دار نوفل.

هلاهان، كوفمان (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة، ترجمة عادل عبد الله محمد، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن.

الببلاوي، إيهاب (٢٠١١)الخدمات المساندة لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الزهراء، الرياض، المملكة العربية السعودية.

البستنجي، مراد (٢٠٠٧). واقع التقييم في التربية الخاصة في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية.

الحساني، سامر (٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج تعليمي لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد في عمان. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان، الأردن.

الخشرمي، سحر (٢٠٠٣) دراسة تقييمية لمراكز التربية الخاصة في مدينة الرياض. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد الخامس، العدد (٤)، جامعة البحرين.

الخطيب، أحمد والخطيب، رداح (٢٠١٠). الاعتماد وضبط الجودة في الجامعات العربية (أنموذج مقترح). إربد: عالم الكتب الحديث.

المراجع باللغة الانجليزية

Breton , Tong. (٢٠٠٤) : Study Of Home/school Communication Model On Improving Parents Involvement.Dis.Ab.Int.v.٥٠n٩,pp.٤-١٥.

Boulwary ,Gusty, Lee, (٢٠٠٧) : Comparison Of Simultaneous And Most To Least Prompting Procedures In Teaching Receptive Identification Of Pictures to Toddlers With Autism .(ph .D)-University Of Washington.v.٦٢-٠٥.p١٧٩١.

Buffington. , Buffin , Gton , Engel , Shigeki , Peter (٢٠٠٥) : Procedures For Teaching Appropriate Gestural communication skills To Children With Autism . Journal Of Autism And Developmental Disorders ,v.٢٨,N .٦.

Eikeseth , Svein (٢٠٠٤) : Intensive Behavioral Treatment For Preschoolers With Severe mental PDD.٢٣٨ : ٢٤٩/١٠٧ : ٣٣

Fluberg ,H : (٢٠٠١) : Autistic children's Talk about psychological States .Deficits In The Early Acquisition Of a theory ,٦٣(١),١١٥-١٢٣.

Garcia ,Andre ; Bromes , Bused (٢٠٠٣) : Formaciony Implication Déclases deequivalencia Aplicadas al Tratamiento Deunnino Autistic. Analysis Modification Deconducta. Vol ٢٥ (١١٤)p.٦٤-٦٦.

Gambino ,G Vozza ,Canzai,F(٢٠٠٠) : Lamotrigine And Heuropsy Chological Function In Autistic Children . {Italian} ,Giornale Dineurops ,Ichiatra Dell Evol Utiva Vol .١٨ (٣-٤)sep-DEC.

Jennifer ,Lynn, (٢٠٠٥) : Can Children With Autism Be Taught To Understand Fasten Belif Using Computers , J .Of Child psychology And psychiatry , ٣٧(٢)pp. ١٥٥-١٦٦.

James Ball, (١٩٩٦) : Increasing Social Interaction Of preschool With Autism Through Relationships With Typically Developing peers Eric ,ED ٤٠٠٦٥٤.
Klin , Alndraw (١٩٩٥) : Young Autistic children's Listening preferences In Regard To Speech : A possible Characterization Of The Symptom Of Social With Drawl. Journal Of Autism And Developmental Disorders ,(١),٩١-١١٣.